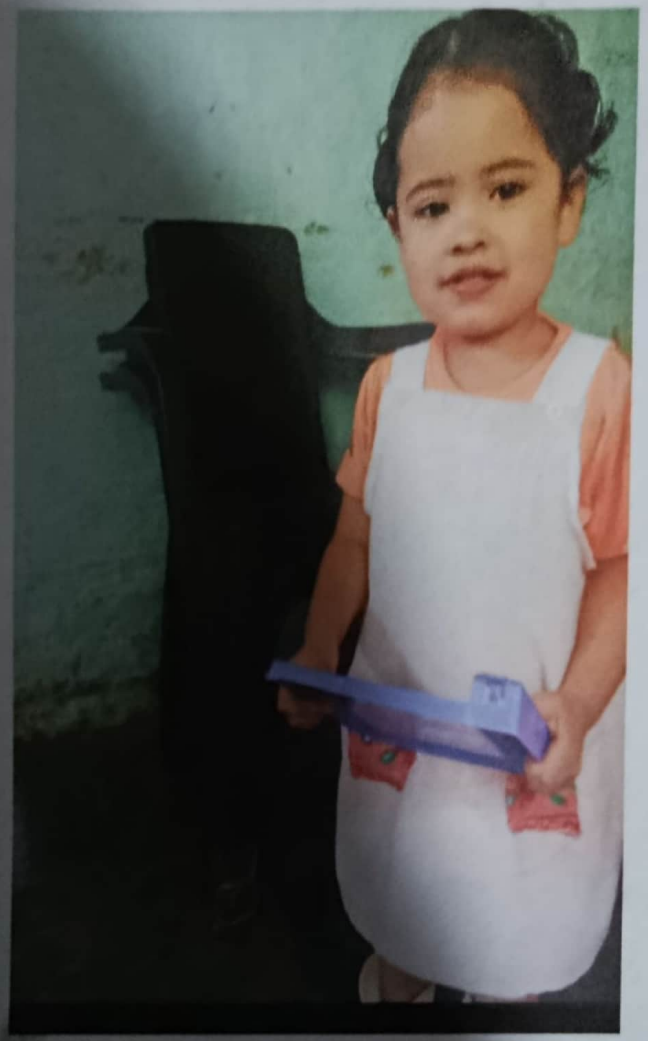


Latitude
2°23'48.957"N
232°
SW
Longitude
-75°45'16.157"W

Fixed/All
25/45
Accuracy
3,0 m
Fixed time
0 s 980 ms
Last fix
14:40:18
Speed
0.2 km/h
Altitude
1126 m AMSL

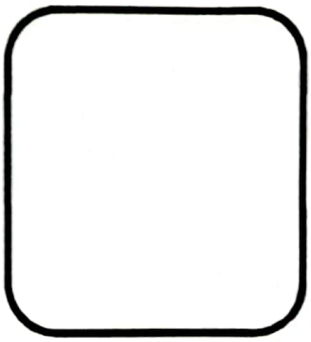
Paicol - Agrado
Paicol

Powered by CamScanner

Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS NIÑO/A PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR

UDS PADRES CRECIENDO JUNTOS 3
PARTICIPANTE: KAROL NAHOMI LOSADA CHAMBO
RC X No. 1079510370



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotografía física, va sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Fotocopia del documento de identidad (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez	X.		
Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF. – ó Acta de visita para criterios de focalización	Formalización del cupo	Actualización cada 3 meses	x		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo y Seguimiento	Cada 3 meses	x		
Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo	Seguimiento	Cada vez que el participante asista a la valoración	X		

Powered by CamScanner

		según esquema establecido			
Copia del carnet de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el participante asista según el PAI	X		
Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.			
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (Copia del Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año	✓		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
Formato autorización uso de imágenes	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya novedades	X		
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	X		

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.075.5[illegible].373

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51432808

51432808

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 1 C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE PAICOL - COLOMBIA - HUILA - PAICOL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LOSADA	CHAMBO

Nombre(s)

KAROL NAHOMI

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 2 3 Mes E N E Día 1 4	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23013R10290809

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CHAMBO VEGA INGRY YULIETH

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.250.434	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

LOSADA OCHOA JONATHAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.251.595	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LOSADA OCHOA JONATHAN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.004.251.595	jonathan losada ochoa

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 2 3 Mes F E B Día 1 6	NICTOR BASTIDAS BASTIDAS - REGIST Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
jonathan losada ochoa Firma	Nombre y firma

16 FEB. 2023

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 02/09/2025

Ficha: 41518076803600001881

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: KAROL NAHOMI

Apellidos: LOSADA CHAMBO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079510370

Municipio: Paicol

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/04/2024

Última actualización ciudadano: 05/04/2024

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA LIZETH MENDEZ CERQUERA

Dirección: Calle 4 No 6 - 74

Teléfono: 3154610988 - 3206315508

Correo Electrónico: sisben@paicol-huila.gov.co

Powered by CamScanner

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1079510370
NOMBRES	KAROL NAHOMI
APELLIDOS	LOSADA CHAMBO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	TESALIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	24/04/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/02/2025 09:08:44	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

5

Powered by CamScanner



Aquí mi foto

MIS DATOS

Mi nombre completo es: Karol Nohemi Lozada.

Nací en: La Plata

El día 14 del Mes 01 del Año 2023

Mi peso fue 2.605 Mi talla fue 49

Mi tipo y grupo sanguíneo es: O +

Mi resultado de TSH fue: (-)

Mi número de Registro Civil es: 1079510370

Cuando nací, ¿Quedé hospitalizado? Si [ ] No [X]

¿Porqué?

Mi EPS es: Nueva Eps.

Mi mamá se llama: Tel:

Mi papá se llama: Tel:

Powered by CamScanner

Carné de Salud Infantil

Mis controles

Escriba aquí los datos significativos de la salud del niño o niña.

Fecha de Atención	Edad	Peso	Talla	PC	Próximo Control	Responsable del Control
05/06/22	4m	6.8k	63	41cm	Sept. 2022	Dra. Julissa Mejia
09/09/2022	1m	3.8	63cm	41cm	Diciembre 2022	Dra. Julissa Mejia
06/01/2023	11 Mes.	9.3k	71cm	46cm	Abril 2023	Dra. Julissa Mejia
04/04/23	11m	9.5k	72cm	46cm	Junio 2023	Dra. Julissa Mejia
05/08/23	1 AÑO	9.8kg	74cm	47cm	Octubre 2023	Dra. Julissa Mejia
25/10/23	1 año 5 m	10.2kg	76cm	48cm	Diciembre 2023	Dra. Julissa Mejia

Observaciones:

Interconsultas:

Frecuencia	Profesional	Fecha	Hora	Edad	Peso (Kg)	Talla (cm)	Perímetros	TA	Evaluación nutricional	Firma
1 mes	Medico									
2-3 meses	Enfermera									
4-5 meses	Medico									
6-8 meses	Enfermera									
9-11 meses	Enfermera									
12-18 meses	Medico									
18-23 meses	Enfermera									
24-29 meses	Medico									
30-35 meses	Medico									
3 años	Medico									
4 años	Enfermera									
5 años	Medico									
6 años	Medico									
7 años	Enfermera									
8 años	Medico									
9 años	Enfermera									
10 años	Medico									
11 años	Enfermera									

Powered by CamScanner

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Audiffon: OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado				
	Visual	Normal		Alterado				
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA								

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 28 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega						
2.ª entrega						
3.ª entrega						
4.ª entrega						
5.ª entrega						

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años:



Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Karol Nahomi Losada
Fecha de nacimiento: 14-01-2023
Nº de certificado de nacido vivo: 2301891029090 9
Registro civil: 1.079 510 370
Sexo: femenino
Grupo sanguíneo: O (+)
Peso al nacer: 2605. Talla: 47cm
Dirección: Vda Bajo Caloto
Teléfono 1: 3106005370
Teléfono 2:
Responsable: Ingry Chamba Vega Yuleth.
Municipio de residencia: Paicol
Departamento: Huila
CC: 1004250439

Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Tipo Identificación: No. ID:

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva SI ☐ NO ☐											
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	15	01	2023	Serum	03A1MA0371	UDSP	11	03	2023	Elsa Rosa Nieto Z
	Hepatitis B	Recién nacido	14	01	2023	Serum	03271Q0180	UDSP				
2 meses	Lactancia materna exclusiva SI ☐ NO ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1ª	01	04	23	Biologica	220601 2	Ex Hospital Santa Teresa Tesalia				Eva Marcela Quintero
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	01	04	23	Serum	28J1X094DC					
	Hepatitis B	1ª	01	04	23	Serum	28J1X094DC					
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1ª	01	04	23							
	Diarrea por rotavirus	1ª	01	04	23	GSK	ARDLD094AA					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1ª	01	04	23	Prevenar	FY4925J					
4 meses	Lactancia materna exclusiva SI ☐ NO ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2ª	03	06	23	Biological	220705	Esp Hospital Sta Teresa Tesalia				Maria Garces Aux. de Enfermeria Res. 434
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	03	06	23	serum	28S1X094DC					
	Hepatitis B	2ª	03	06	23	serum	28S1X094DC					
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2ª	03	06	23	serum	28S1X094DC					
	Diarrea por rotavirus	2ª	03	06	23	GSK	ARDLD094AA					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2ª	03	06	23	Prevenar	FY9925					
6 meses	Lactancia materna exclusiva SI ☐ NO ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3ª	03	08	23	Biological	2227005	03/08/23.				Maria Garces Aux. de Enfermeria Res. 434
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	03	08	23	serum	28S1X094DC	ESE Hospital Sta. Teresa				
	Hepatitis B	3ª	03	08	23	serum	28S1X094DC					
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3ª	03	08	23	serum	28S1X094DC					
	Influenza estacional	1ª	03	08	23	Green Cross	VS0S23004					
7 meses	Influenza estacional	2ª	04	01	23	Green Cross	VSD5230004	ESE Tesalia	03	04	23	Lina Quintero
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	15	02	24	Serum	0172N0752B	ESE Salud PAL	03	08	24	
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	15	02	24	Prevenar	GJ8605337	ESE Salud PAL	03	08	24	
	Varicela	2ª	15	02	24	MERCK	X0060537	ESE Salud PAL	03	08	24	Diana Kelly Cardenas
	Hepatitis A	Única	15	02	24	SINOVAC	20220190050	ESE Salud PAL	03	08	24	
	Influenza estacional	Anual	08	06	24	Butantan	2021097919	ESE Tesalia	03	08	24	Kelly Cardenas
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	17	08	24	Serum	230001 0					
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	17	08	24	serum	2052Y0116	ESE Palcol				elyoroca
	Fiebre amarilla	Única	17	08	24	serum	X3A07					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	17	08	24	serum	01S53N00314	Palcol				elyoroca
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
		2ª										
		3ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

2028
Cumple 5 años
Volver

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Powered by CamScanner

RECOMENDACIONES

Si eres una gestante asiste a los controles odontológicos evitarás riesgo para ti y tu bebe con enfermedades como la preclamsia.

Amamanta al bebe desde que nace, para cuando salgan los dientes se estimula el crecimiento y desarrollo adecuado de la lengua, maxilares y paladar.

A los lactantes limpiales las encías con gasa impregnada con agua hervida después de comer.

No utilice chupo ni biberón.

No estimule la creación de hábitos nocivos como la succión digital labial y lingual.

Cuide los dientes de los niños desde que aparecen, cepíllelos simplemente con agua y aumenta la frecuencia del cepillado para evitar la aparición de caries.

A partir de los 3 años de edad utiliza crema dental para niños y supervise que no la ingiera de esta forma evitaremos aparición de fluorosis dental en los niños.

Controle adecuadamente el uso de sal en el hogar.

Cepille bien los dientes al levantarnos, después de cada comida y antes de acostarnos. Verifique la cantidad de crema dental (equivalente al tamaño de una lenteja) en niños de 3 a 8 años.

La crema dental no debe de estar al alcance de los niños menores de 8 años, un adulto debe ser el encargado de aplicar crema dental al cepillo y de realizar el cepillado de los dientes del niño.

Limpiar el espacio entre los dientes con seda dental, no con palillos, bolsas, etc. Porque ocasiona daño en las encías.

Cambie de cepillo dental cada 6 meses, utilice uno de cuerdo a tu edad.

Cepille las prótesis dentales después de cada comida, existen pastillas que se usan para desinfectar.

Hospital
SANTA TERESA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SANTA TERESA
NIT. 891 103 899 - 8
TESALIA - HUILA

CUIDEMOS NUESTRA SONRISA



NOMBRE: Karol Nahomi Lozada C.

DOC. DE IDENTIDAD 1079510370

EPS - EPS Nueva Eps

Servicio: Salud Oral

FECHA	1a VEZ	CPB	OET	FLÚOR	SELLANTE	OPERATORIA	CIRUGÍA ORAL	ENDODONCIA	CONSULTA URGENCIA	TTO. TERMINADA
07-09-24	✓	Educación Salud Oral		Barniz	PYP	Prox	Control	07-03-25		Yuly Constanza Fajardo C. Higienista Oral Resolución 2597
22-03-25	✓			Barniz	PYP	Prox	Control	22-09-25		Natali Del Mar

Powered by CamScanner

ACTA DE COMPROMISO Y CORRESPONSABILIDAD CON PADRES DE FAMILIA Y/O CUIDADORES

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS Florecer Opita Alto S. Miguel vinculada a la Entidad Administradora del Servicio CORHUELLAS. Manifiesto que he sido informado sobre las responsabilidades que me asisten en el marco del Código de Infancia y Adolescencia contemplado en la Ley 1098 de 2006, el cual expresa con relación al sentido de corresponsabilidad de la familia lo siguiente:

> *"Artículo 14. La responsabilidad parental. La responsabilidad parental es un complemento de la patria potestad establecida en la legislación civil. Es además, la obligación inherente a la orientación, cuidado, acompañamiento y crianza de los niños, las niñas y los adolescentes durante su proceso de formación. Esto incluye la responsabilidad compartida y solidaria del padre y la madre de asegurarse que los niños, las niñas y los adolescentes puedan lograr el máximo nivel de satisfacción de sus derechos. En ningún caso el ejercicio de la responsabilidad parental puede conllevar violencia física, psicológica o actos que impidan el ejercicio de sus derechos".*

En atención a lo anterior, en el marco de las acciones de responsabilidad parental, es mi interés manifestar el compromiso en el proceso de atención a la primera infancia de mi hijo (a): Karol Nahomi Losada Chamb con RC No 1079510376 Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al Unidad de Servicio, teniendo en cuenta que es un servicio que me presta el Estado en el marco de la garantía de los derechos de los niños y las niñas.
2) Participar de las actividades que sean convocadas por UDS, la Entidad Administradora del Servicio o el ICBF, con el fin de promover el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas.
3) Cumplir el horario de atención establecido en la UDS
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira a mi hijo(a) de la UDS.
5) Entregar los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a) Estos documentos son:

   1. Certificado de afiliación a salud.
   2. Fotocopia del registro civil del niño.
   3. Fotocopia del carné de vacunas actualizado
   4. Fotocopia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado
   5. Certificación de SISBÉN.

Powered by CamScanner

NOTA En caso de no contar con alguno de los documentos mencionados, informar en la UDS para activar la Ruta Interinstitucional que contribuya a garantizar una atención integral para mi hijo(a).

6) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) asista al servicio médico y demás actividades de promoción y prevención para lograr el mejor estado posible de salud.
7) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) transite al Sistema de Educación Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
8) Informar y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a), adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
9) Elegir o ser elegido en el comité de control social que se convoquen con el fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para la Modalidad Comunitaria

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 2 del mes Mayo del año 2025, en el Municipio de Paicol Huila.

Ingrs Yuleth chamba vega
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Diana
AGENTE EDUCATIVA

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Karol Nahomi Losada Chambo, identificado (a) con documento de identidad número 1079510320 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos		Audios		Videos		Otros datos personales	
		✓		✓		✓		

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Ingry Yulieth Chambo vega., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004250434, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos		Audios		Videos		Otros datos personales	
		✓		✓		✓		

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por Huellas de Amor para tu Vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Modalidad familiar Comunitaria

Suscriben:

Firma: Ingry yulieth chambo vega
Nombre: Ingry yulieth Chambo Vega
Calidad - Titular: Yo Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3176648726
Fecha: 2-05-2025
Municipio: Palcol Huila

Powered by CamScanner

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Ingry yulieth Chambo Vega, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1004250434 de Paicol Huila, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Kard Nahomi Losada Chambo, identificados con NUIP No. 1079510320, usuario de la unidad de servicio Padres Creciendo Juntos manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Paicol Huila, a los 2 días del mes Mayo de 2025

Datos del padre o acudiente de la/el/los niño(as)

Nombre: Ingry yulieth chambo Vega

Firma: Ingry yulieth chambo vega

CC. No. 1004250434

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Ana Milena Olave.

Firma:

CC. No. 26524.613

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.250.434
CHAMBO VEGA

APELLIDOS
INGRY YULIETH

NOMBRES
ingry yulieth chambo v.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-ABR-2003
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO
02-JUL-2021 PAICOL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

P-1905200-01250337-F-1004250434-20210818 0076327726A 1 8502325397

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.251.595
LOSADA OCHOA

APELLIDOS

JONATHAN

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-ENE-2001
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
06-MAR-2019 PALCOL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

Powered by CamScanner

ElectroHuila

292888543

TOTAL A PAGAR

$ 85.230

FACTURA DE VENTA No. 88234983

FECHA DE VENCIMIENTO 21 FEB 2024

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente SANCHEZ POLO RAIMUNDO
Dirección VDA SANTA RITA
PAICOL
Clase Servicio Residencial

Ref. C 214422
Ruta 6070710090
Sector 023
Estrato 2

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tensión 1 SECUNDARIA
ElectroHuila
NIT. 891180001-1

Circuito 4090099
Medro
Atrasos 0

INFORMACIÓN CONSUMO

Suscriptor	Ruta	T	F	Ref	Lec.Actual	Lec.Ante	Factor	Consumo (kwh)
9548325	KR1	A	S	88	10529	10413	1	116

Promedio Cuenta $2 Consumo Año Anterior 118 Consumo Anterior 118

ULTIMOS CONSUMOS



ENE NOV SEP JUL MAY MAR ENE

Mes	Consumo
ENE	116
NOV	103
SEP	95
JUL	98
MAY	100
MAR	90
ENE	118

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU:14 DIU:67.573878 FIC:0
IRC:0 VC:0 VCD:0
ICC:0 CDC:0
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 11/12/2023
Valor $ 45660

LIQUIDACIÓN CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)	Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
928.2298	56777				
981.3667	86915				

ElectroHuila

Valor Total Energía del Periodo	$	113.656
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 56.828
Valor Total Energía Facturado	$	56.828

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO PER1000	$ 113.656
AJUSTE DECENA	$ 2
SEGUROS EQUITALES MAPFRE	$ 28.400
SUBSIDIO	$ - 56.828

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	0
VALOR ELECTROHUILA	$	85.230

TOTAL A PAGAR

$ 85.230

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO | C PEND | TOTAL CONV | SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION | C PEND | TOTAL FIN | SALDO FIN CUOTA

FORE: Consumo Kwh | Kwh | Valor $ | No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 373.0 Tm: 51.0 PRn,m: 78.0 Dn,m: 266.0 Rm: 20.0 Cv,m: 1
90.0 CUv,n,m: 981.3667 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO | CAPITAL | INT. CORRIENTE | INT. MORA

ElectroHuila

Código de Cuenta : 292888543
Factura de Servicios Públicos No: 88234983
Periodo ENE 2024 Fecha de Vencimiento: 21/FEB/2024
Suspensión a partir de: 23/FEB/2024

Valor Total a Pagar $ 85.230

(415)7707274495675(8020)0292888543(3900)0000085230(96)20240221

Señor cajero favor dejar libre de sellos fecha el frente como el reverso de esta factura

SAM Version 1.1.1 23881715 Lector 7486

Powered by CamScanner

Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACIÓN HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA - CORHUELLAS NIT 900192801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2024	Versión: 1

CERTIFICADO GRATUIDAD DEL SERVICIO CORHUELLAS

Yo, **Luz Ángela Urbano Onatra** identificada con cédula de ciudadanía N° 1083869402 Representante legal de la **Corporación Huellas de Amor para tu Vida con NIT 900.192.801-0**, certifico que firmé el contrato de aportes **41002412025** para la atención Integral a la Primera Infancia en la Modalidad FAMILIAR Y COMUNITARIA con el servicio de Educación Inicial en el Hogar en el municipio de Paicol, certifico que el servicio el cual se viene brinda es de total gratuidad para el número de participantes atendidos.

Este certificado se expide para dar cumplimiento a lo requerido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF regional Huila.

Dado en la ciudad de Pitalito Huila a los 06 días de marzo del 2025

Atentamente,

Ingry yulieth chamba vega

~~LUZ ANGELA URBANO ONATRA~~
Representante Legal
Corporación Huellas de Amor para tu Vida

Dirección: Carrera 1B No 2-21 Oficina 401 Barrio Quinche Pitalito Huila
Correo electrónico: corhuellasamorvida@gmail.com
Teléfono: 3116326285 - 3124841272

Powered by CamScanner

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES

PROTEGEMOS TUS PASOS



Línea de Atención:

#899 desde celular | Bogotá: 3274712 / 3274713 Nacional: 01 8000 111 935

seguros mundial®

Nº Póliza: 2000513953

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: KAROL NAHOMI LOSADA CHAMBO

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1079510370	2025/02/24	2026/02/24

Muerte Accidental $5.000.000,00 $4.000.000,00

COBERTURAS:

- Muerte Accidental
- Gastos Médicos

En caso de accidente o para conocer terminos y condiciones, comunicarse a nuestras lineas de atención

seguros mundial®

#899 desde celular | BOGOTÁ 3274712 /3274713 | NACIONAL 01 8000 111 935

Powered by CamScanner