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: DE LA MANO FAMILIAR 2 LA FRATERNIDAD

PARTICIPANTE: TEHYLOR CASTILLO OTECA

RC X **No.** 1079413787



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	✓		
Fotocopia del documento de identidad (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez			
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	/		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo y Seguimiento	Cada 3 meses	/		

Scanned with CamScanner

Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo	Seguimiento	Cada vez que el participante asista a la valoración según esquema establecido	/		
Copia del carnet de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el participante asista según el PAI	/		
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			
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
Formato autorización uso de imágenes	Formalización del cupo	Una sola vez			
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya novedades	/		
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez	/		
Fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	/		

Información de usuario

Seleccione

- (●) Niño/a entre 0 y menor de 5 años
- ( ) Gestante

Tipo de documento *

Registro civil

Número documento*

1079413787

Primer nombre*

TEHYLOR

Otros nombres

Primer apellido*

CASTELLO

Otros apellidos

OTECA

Fecha de nacimiento *

15 de abril de 2024

Autoreconocimiento Étnico *

NO SE AUTORRECONOCE EN NINGU...

Presenta discapacidad? *

- ( ) SI
- (●) No

Tiene reconocimiento como:

- [ ] Migrante
- [ ] Firmante de Paz
- [ ] Campesinado
- [ ] Victima del conflicto armado

Dirección de residencia del usuario

Departamento *

Municipio *

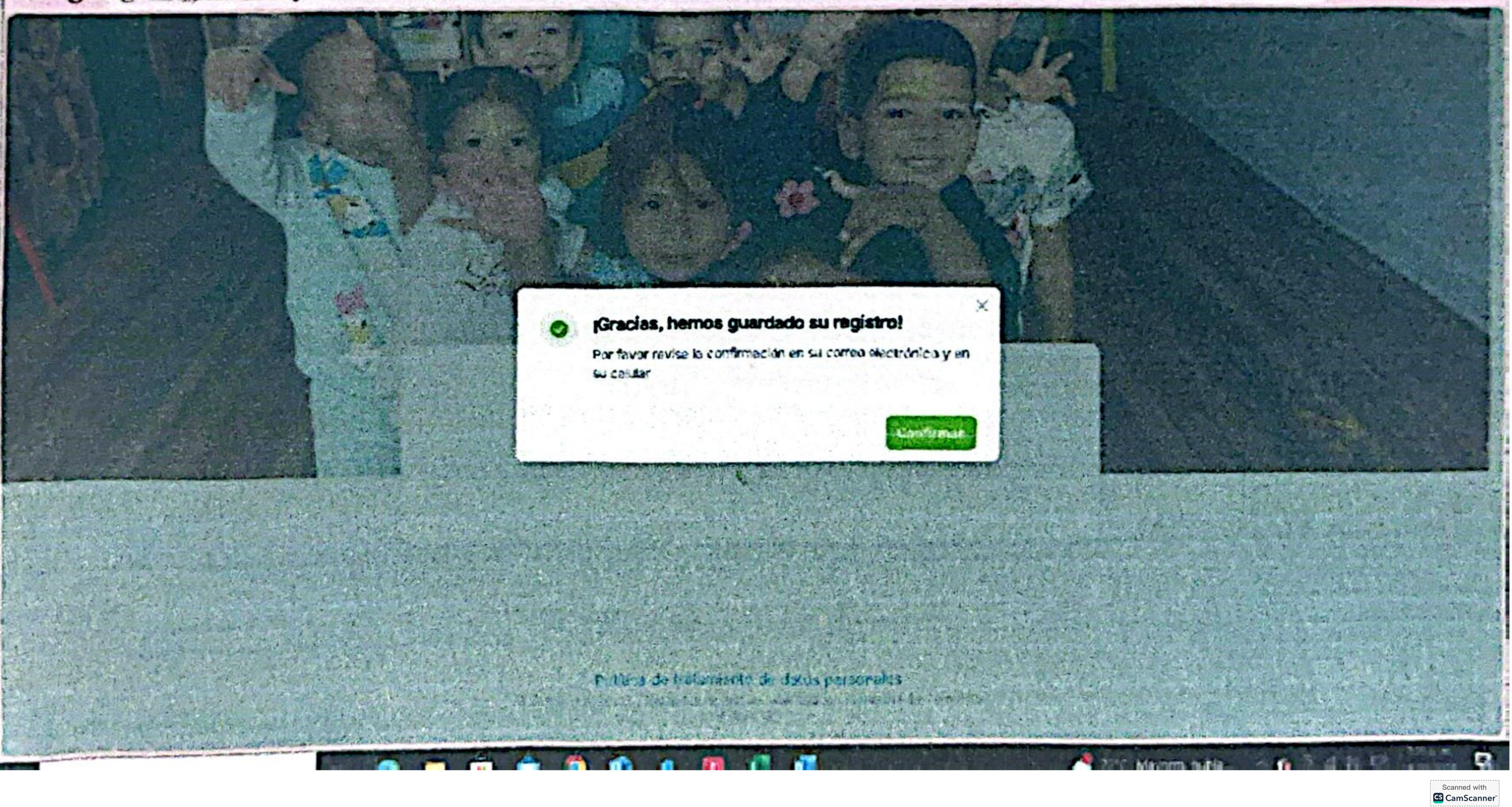
Buscar

Pre-Matricula - Instituto Colomb

Bienvenido a la página del Sisbén

Consulta su EPS

https://prematricula.icbf.gov.co



¡Gracias, hemos guardado su registro!

Por favor revise la confirmación en su correo electrónico y en su celular

Confirmar

Política de tratamiento de datos personales

Scanned with CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.079.411.787

Indicativo Serial 59256481

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	X	Z	Y

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

REGISTRADURIA DE TESALIA COLOMBIA - HUILA - TESALIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CASTILLO	OTECA

Nombre(s)

TEDYLOR

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes ABR Día 15	MASCULINO	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	240469109936260

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

OTECA ANDRADE CLAUDIA MILENA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.411.968	COLOMBIA

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

CASTILLO MOSQUERA LEONARDO FABIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 83.254.803	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CASTILLO MOSQUERA LEONARDO FABIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 83.254.803	LEONARDO F CASTILLO

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 2024 Mes ABR Día 18	DIOGENES ORTIZ DRAN REGISTRADO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
LEONARDO F CASTILLO Firma	DIOGENES ORTIZ DRAND Registrador Nacional del Estado Civil Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 23/07/2025

Ficha: 41797008539300000452

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: TEHYLOR

Apellidos: CASTILLO OTECA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413787

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 30/08/2019

Última actualización ciudadano: 12/07/2024

Última actualización via registros administrativos: 11/12/2024

***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: DANIELA VALENTINA MUÑOZ LOPEZ

Dirección: Carrera 9 No 6 - 11

Teléfono: 8377022 - 3144647676

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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

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	1079413787
NOMBRES	TEHYLOR
APELLIDOS	CASTILLO OTECA
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	15/04/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/23/2025 18:08:47	**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



MIS DATOS

Mi nombre completo es: Tehylor Castillo Oteca.

Nací en: la Plata.

El día 15 del Mes 04 del Año 2024

Mi peso fue 3420 Mi talla fue 50 cm.

Mi tipo y grupo sanguíneo es: O +

Mi resultado de TSH fue: (-).

Mi número de Registro Civil es: 1079413787.

Cuando nací, ¿Quedé hospitalizado? Si ☐ No ☐

¿Porqué?

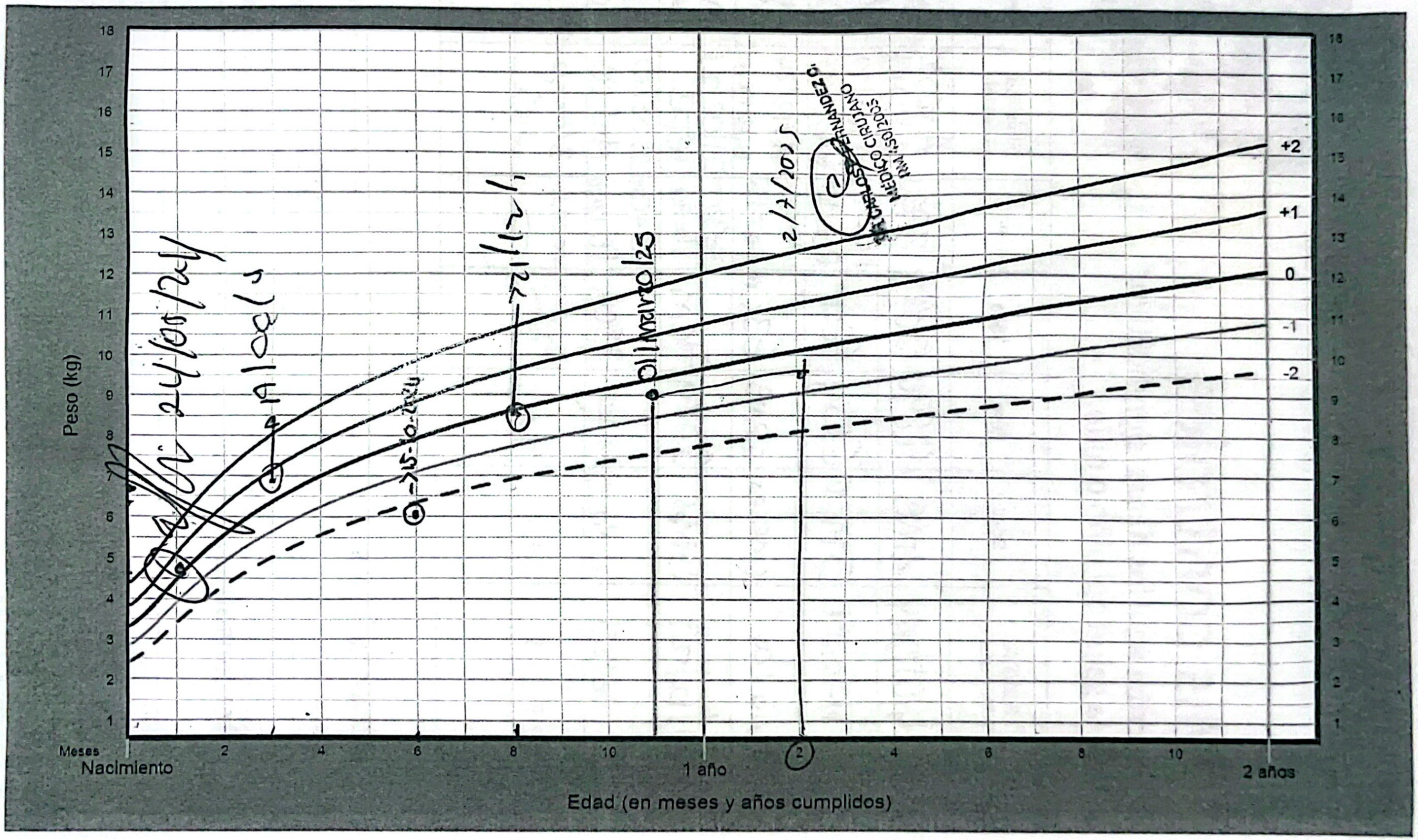
Mi EPS es:

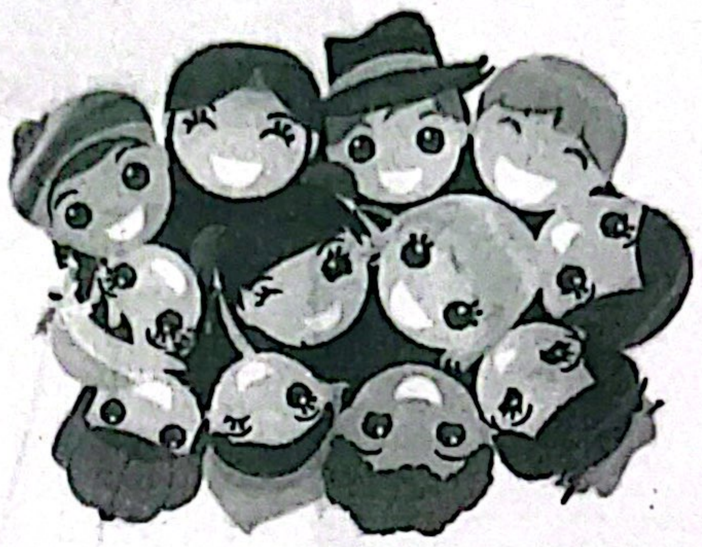
Mi mamá se llama: Claudia Oteca, Tel:

Mi papá se llama: Tel:



Peso para la Edad Niños - 0 a 2 años





Mis controles

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

Fecha de Atención	Edad	Peso	Talla	PC	Próximo Control	Responsable del Control
24/01/2024	1 MES	4.890	56cm.	37cm.	Agosto 2024.	
19/08/24	3 Meses	6.6kg	66cm	PC=39cm PB=41cm	19/09/24 Medico	Daniela A.C.
15/10/24	6 meses	6.8kg	63cm	PC=41cm PB=135	17/12/24 enfermera	Daniela C.
21/12/24	8 Mes.	8.5kg.	71cm	PC=42cm PB=41cm	21/02/25 Jefe.	DA.
01/03/25	11 Meses	9 kg	75cm	PC 40cm PB 12cm	26/06/25 Medico	Leidy Carolina Collo C. C.C 1.014.277.367 Enfermera
2/7/25	14 cm	9 kg	76cm	pc: 43cm —	3/Enero/2026 J.e.G.	DR. CARLOS F.U.S.C.C. MEDICO CIRUJANO RM 56/2005

Observaciones: _____

_____

_____

Interconsultas: _____

_____

_____

Resultado Tamizaje N								
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado		D	M	A
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado		D	M	A
	Visual	Normal		Alterado		D	M	A
	ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA					D	M	A

5.ª entrega	D	M	A

VALORACIÓN DE I
- AGUDEZ

3 años	D	M
4 años	D	M
5 años	D	M

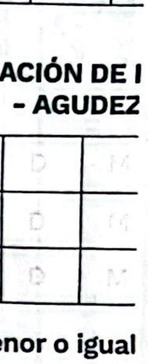
***Menor o igual**

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

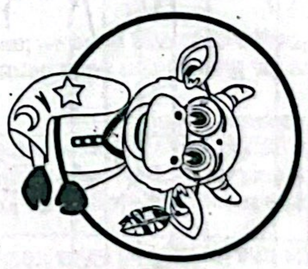
Edad	Fecha			Valoración Nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

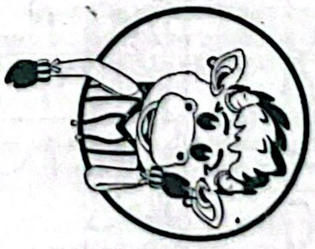
FOR MIC	
1.ª entre	
2.ª entre	
3.ª entre	

ATENCIÓ	
A partir	
1 año	
2 años	
3 años	
4 años	
5 años	



Carnē de Vacunación





Nombres y Apellidos Tehylor

Castillo oteca.

RC / TI / OTRO

Tipo de Documento 1079413787

No. de Documento

Fecha de Nacimiento DÍA 15 MES 04 AÑO 2020

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3420 Talla: 50

Dirección: Vda las Delicias

Teléfono 1: 3211912392

Teléfono 2:

Responsable: Claudia Milena oteca A

Municipio de residencia: Tesalia

Departamento: Huila

Co 1079411262

Nombres y Apellidos: _____ **Tipo de Indentificación** _____ **No. ID:** _____

	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote									IPS vacunadora	Fecha Día
						Lactancia materna exclusiva			Si ☐			No ☐					
Recién Nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	15	04	2024	Serum	0	3	2	3	6	0	4	8	-	H.O.S.P. la Plata	15
	Hepatitis B	Recién nacido	15	04	2024	Serum	0	3	2	3	6	0	1	4	A	H.O.S.P. la Plata	
						Lactancia materna exclusiva			Si ☐			No ☐					
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	18	06	24	Biological	2	2	3	9	0	0	3			ESE Tesalia	
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	18	06	24	Serum	2	B	5	2	X	0	1	9	C	ESE Tesalia	
Pentavalente	Hepatitis B	1ª	18	06	24	Serum	2	B	5	C	X	0	1	9	C	ESE Tesalia	
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	18	06	24	Serum	2	B	5	2	X	0	1	9	C	ESE Tesalia	
	Diarrea por rotavirus	1ª	18	06	24	GSK	A	R	0	C	D	7	5	0	AA	ESE Tesalia	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	18	06	24	Pfizer	Q	X	1	9	1	2				ESE Tesalia	
						Lactancia materna exclusiva			Si ☐			No ☐					
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	22	08	24	Biological.	2	2	3	9	0	0	2	A		ESE Tesalia	
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	22	08	24	Serum.	2	B	5	2	X	0	1	1	E	ESE Tesalia	
Pentavalente	Hepatitis B	2ª	22	08	24	Serum	2	B	5	2	X	0	1	1	E	ESE Tesalia	
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	22	08	24	Serum											
	Diarrea por rotavirus	2ª	22	08	24	GSK.	A	R	0	C	D	8	3	8	BA	ESE Tesalia	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	22	08	24.	Pfizer.	Q	X	1	9	1	2.				ESE Tesalia	.
			6	11	24	Lactancia materna exclusiva			Si ☐			No ☐					
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	6	11	24	Biothoven Biological	2	3	0	8	0	1	0			ESE TESALIA	
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	6	11	24	Serum	2	B	5	2	X	0	0	3	7	ESE Tesalia	
Pentavalente	Hepatitis B	3ª	6	11	24	Serum	2	B	5	2	X	0	0	3	9	ESE tesalia	
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	6	11	24	Serum	2	B	5	2	X	0	0	3	7.	ESE Tesalia	
	Influenza estacional	1ª	6	11	24.	Butantan	2	4	0	0	9	7	9			ESE Tesalia	
7 meses	Influenza estacional	2ª	19	12	24	Butantan. ~~Serum~~	2	4	0	0	9	7	9			ESE Tesalia	
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	23	04	25	Serum.	0	1	5	3	N	0	0	5	B	ESE Tesalia	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	23	04	25	Pfizer.	H	T	5	2	7	6.				ESE Tesalia	
	Varicela	1ª	23	04	25	Merck.	Y	0	1	8	3	7	1.			ESE Tesalia	
	Hepatitis A	Única	23	04	25	Merck.	Y	0	0	8	0	3	1.			ESE Tesalia	
	*Influenza estacional	Anual	02	07	25	Segivs.	Y	1	0	5	7	4	0	8	04.	ESE Tesalia	
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo															
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo															
	**Fiebre Amarilla	Única	23	04	25	Sanof.	2	3	K	0	G	5	U			ESE Tesalia	
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª															
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo															
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo															
	Varicela	Refuerzo															
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª															
		2ª															
		3ª															

Hospital San Antonio de Tesalia
ESE Tesalia
VACUNACIÓN
Tesalia - Huila

RECOMENDACIONES

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

Amamanta al bebe desde que nace, pues cuando succiona estimula el crecimiento y desarrollo adecuado de la lengua, maxilares y paladar.

A los lactantes limpieles 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, cepillelos 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.

Cepillese 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 dentalal 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.

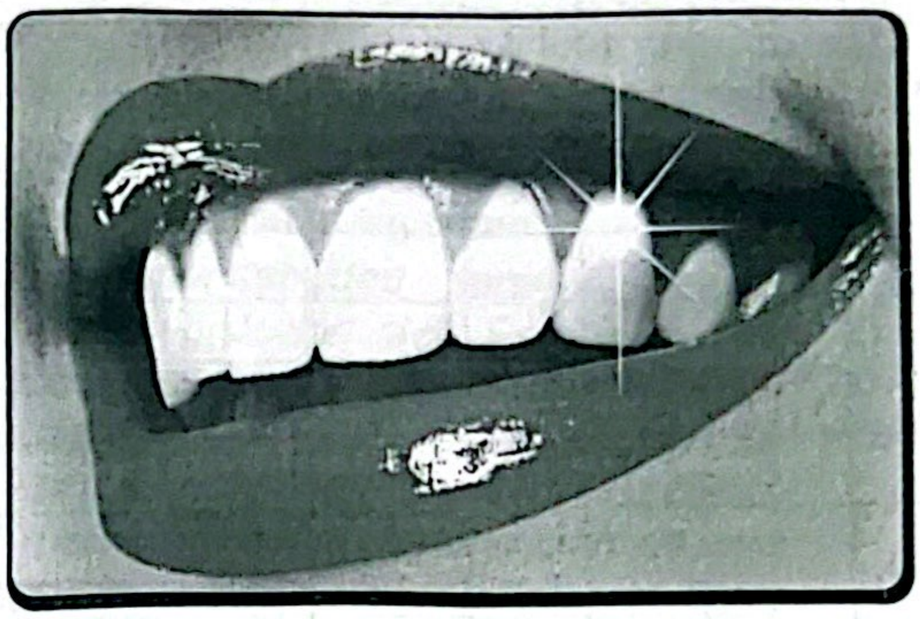
Cambie de cepillo dental cada 6 meses, utilice uno de cuerdo a tu edad.

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

Hospital
SANTA TERESA
Una Mejor Calidad en Salud

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SANTA TERESA
NIT. 891.103.889 - 6
TESALIA - HUILA

CUIDEMOS NUESTRA SONRISA



NOMBRE: Tehylor Castillo Oteca

DOC. DE IDENTIDAD: 1079413787

EPS - EPS Nueva Eps

Servicio: Salud Oral

Scanned with CamScanner

FECHA	1a VEZ	CPB	OET	FLÚOR	SELLANTE	OPERATORIA	CIRUGÍA ORAL	ENDODONCIA	CONSULTA URGENCIA	ITO. YERMINADA
2-01-25	✓			Barn	Fup Pza Central		02-01-25			

Mar P. González
Higienista Oral
Exp. 1356
C.C. 1081[illegible]

Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA NIT 900.192.881-8		CÓDIGO: AG-DC-010
	Fecha de elaboración/año: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación/año: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

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 LA TRATCANDO, 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 comprpmiso en el proceso de atención a la primera infancia de mi hijo (a): Tehylor Castillo Meco con RC No 1029 413 787 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.

Scanned with 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 06 **del mes** Marzo **del año** 2025, **en el Municipio de** Tesalia.

Claudia Otaca.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Tatiana Cardoso
AGENTE EDUCATIVA

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	F2.P2.CE	15/07/2021
		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 Tehylor Castillo Oteca., identificado (a) con documento de identidad número 1079 413 787 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, Claudia Milena Oteca Andrade quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1079 411 968 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 CORHUELLAS, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa EN LA FRATERNIDAD

Suscriben:

Firma: Claudia O.
Nombre: Claudia Oteca Andrade
Calidad - Titular: _____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 06 MARZO 2025
Municipio: Fusagasugá.

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.079.411.968**

OTECA ANDRADE

APELLIDOS

CLAUDIA MILENA

NOMBRES



claudia milena oteca a

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **05-ABR-1997**

TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-ABR-2015 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez To...

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1902500-00711505 F-1079411968-20150530 0044365870A 1 42167946

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **83.254.803**



CASTILLO MOSQUERA

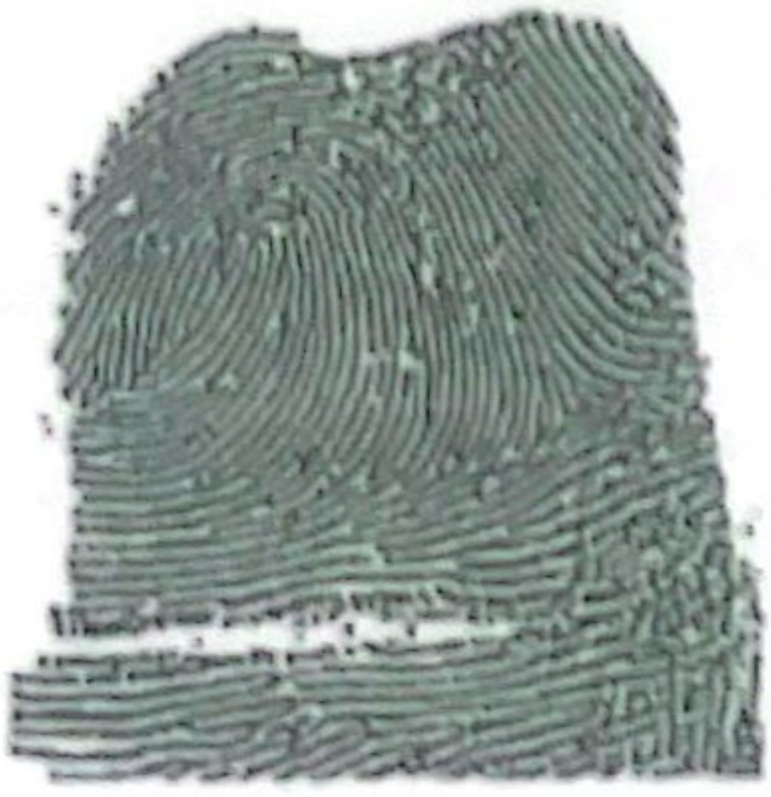
APELLIDOS

LEONARDO FABIO

NOMBRES

LEONARDO F. CASTILLO

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-NOV-1985**

TESALIA
(HUILA)

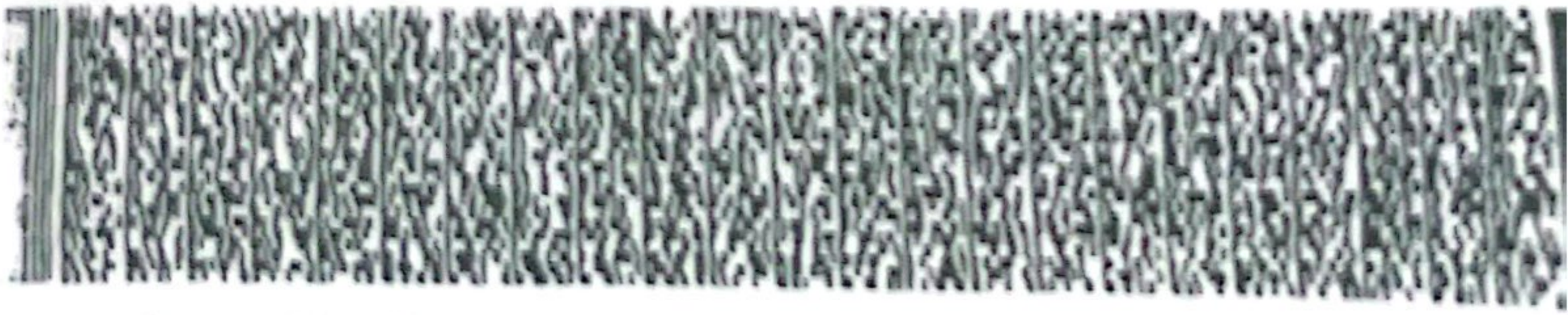
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-ENE-2004 TESALIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA N



Scanned with CamScanner

Alcanos de Colombia S.A. E.S.P.
NIT.891.101.577-4
www.alcanosesp.com
Esta factura presta méritos ejecutivos
Art.130 Ley 142/94.
AUTORETENEDORES SEGÚN RES.
DIAN 0547 DE 25/01/2002 Y
GRANDES CONTRIBUYENTES
RES. DIAN 9061 DEL 10/1[illegible]2020

CODIGO DE USUARIO Y/O REFERENCIA DE PAGO

393457

TOTAL A PAGAR

$136,150

FACTURA No: 151688300
Pague Hasta: INMEDIATO
Fecha Suspensión: INMEDIATO
Fecha Expedición: 2024-01-17 06:26
Ultimo Pago: 2023-12-04

Dias Facturados
Periodo Facturado 2023-12-20 / 2024-01-17

Valores en Reclamación No Resueltos

Valor $	Proceso

DATOS DEL SUSCRIPTOR

OTECA CONDE LEONEL
VEREDA LAS DELI 4
VEREDA LAS DELICIAS
TESALIA

Estrato: 1
Uso: DOM
Ciclo: 41
Atraso: 1

Ruta: 116100144600
Medidor: 000000000746391
% Int Corriente: 2.531
% Int Mora: 2.531

DATOS DE MEDICION

Consumo Mes: 26.45
Causa cobro Consumo Prom

Lectura anterior: 6010
Lectura actual: 6039
Factor: 0.912

Poder calorifico: 1138.38
Consumo Kw/H: 311.58
Valor Kw/H: 11.78

TARIFAS DE CONSUMO POR RANGO

Rango	Consumo M3	Valor M3	Valor Parcial $
[illegible]20	20.00	4095.49	81909.80
	6.45	3804.01	24535.86

Componentes Tarifarios

[illegible]m,i,j=3712.73 Cufm,i,j=3142.04 Gmi,j=964.66 Tm,i,j=1509.57 fPCm,i,j=1.14 p=0.45
[illegible]822.05 Pm=254.91 Tvm=930.98 %S1=60.0 %S2=50.0 %C5y6=20.0 %Cn[illegible]9.9 D
[illegible]7.84 DAUNR=610.56

INDICADORES DE CALIDAD DES: IPLI: IO: IRST:

CONSUMOS ANTERIORES

DIC	NOV	OCT	SEP	AGO	JUL	PROM
34.66	28.27	26.48	26.54	23.74	22.88	27.0

DESCRIPCION DEL COBRO

Concepto	Valor $
Deuda Anterior	78470.00
Consumo	106445.66
Subsidio	-49145.88
Interes por Mora	382.14
Ajuste decena	-1.92

Valores en Reclamación Resueltos

Concepto	Valor $

Saldo de Anticipos: $0.00

TOTAL A PAGAR: $136,150

ESTADO DEL CREDITO

[illegible]pto	Saldo Anterior	DESCRIPCIÓN CUOTA Abono Capital $	Vlr. Interes	Vlr.Cuota	Nuevo Saldo	Cuotas

USUARIO EN MORA: Evítese Suspensión de Servicio, sobre costos y Reporte a la Centrales de Riesgo. P or lo anterior cumpliendo con las disposiciones normativas del Artículo 12 de la Ley 1266 de 2008, se informa: que si transcurridos veinte (20) días calendario siguientes al recibido de esta factura no se encuentra al día en la obligación, se registrará un reporte negativo en las Centrales de Riesgo.

Pm: Cargo de compresión de gas natural.
Alfa/m: Fracción del cargo de distribución (Dm) asignado al cargo fijo aplicable a usuarios del rango de consumo j en mes m.
%S1: Porcentaje subsidio consumo primeros 20M³ estrato 1.
%S2: Porcentaje subsidio consumo primeros 20M³ estrato 2.
%C 5 y 6: Porcentaje contribución consumo estrato 5 y 6.
% C nr: Porcentaje contribución consumo no residencial.
TRM: Tasa representativa del mercado.
IPLO: 100% = Indice de presión en líneas individuales.
DES: 0 = Duración equivalente del servicio.
IO: 100% = Indice de odorización.
IRST 100% = Indice de respuesta al servicio técnico.

SEÑOR USUARIO: EL HURTO DE COMPONENTES DE LA INSTALACIÓN Y CENTROS DE MEDICIÓN ATENTA CONTRA LA DISPONIBILIDAD PERMANENTE DEL SERVICIO Y PUEDE LLEGAR A DEJARLO SIN SUMINISTRO POR UN TIEMPO INDETERMINADO. YA QUE ESTA SITUACIÓN ESCAPA A LAS LABORES HABITUALES DE MANTENIMIENTO QUE DEBE REALIZAR ALCANOS DE