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 ESTRELLITAS NACIENTES
PARTICIPANTE: THIAGO TRUJILLO ORTIZ
RC X No. 1079413789



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			
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			

Powered by CamScanner

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			

Powered by CamScanner

3

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil — REGISTRADURÍA — 34625061-2

• 59256483 •

NUIP 1.079.413.789

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59256483

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** K Z Y

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

REGISTRADURIA DE TESALIA - COLOMBIA - HUILA - TESALIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TRUJILLO	ORTIZ

Nombre(s)

TIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes ABR Día 22	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	24044310044272

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

Apellidos y nombres completos

ORTIZ PEREZ YASELEDY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.410.419	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

TRUJILLO VALENCIA ALDAIR

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.075.247.355	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TRUJILLO VALENCIA ALDAIR

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.075.247.355	Aldair Trujillo V

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 25	DIOGENES ORTIZ GRAND - REGISTRADO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Aldair Trujillo V Firma	DIOGENES ORTIZ GRAND Registrador Municipal del Estado Civil Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL
TESALIA - HUILA
26 ABR 2024
FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL
Firma:

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

DIOGENES ORTIZ GRAND
Registrador MPAL del Estado Civil

OFIXPRES

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

3

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 18/08/2025

Ficha: 417971236402000031192

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: THIAGO

Apellidos: TRUJILLO ORTIZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413789

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/05/2023

Última actualización ciudadano: 18/07/2024

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:	DANIELA VALENTINA MUÑOZ LOPEZ
Dirección:	Carrera 9 No 6 - 11
Telefono:	8377022 - 3144647676
Correo Electrónico:	sisben@tesalia-huila.gov.co

4

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	1079413789
NOMBRES	THIAGO
APELLIDOS	TRUJILLO ORTIZ
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.	CONTRIBUTIVO	22/04/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/18/2025 12:42:37	**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

Powered by CamScanner



MIS DATOS

Mi nombre completo es: Thiago Trujillo Ortiz

Nací en: La plata

El día 22 **del Mes** Abril **del Año** 2024

Mi peso fue 3015 gr **Mi talla fue** 50 cm

Mi tipo y grupo sanguíneo es: o+

Mi resultado de TSH fue: Normal

Mi número de Registro Civil es: 1079413789

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



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
05/06/24	1m	6 Kg	61cm	37cm	05/ago/24 3 meses	
04/09/24	4 meses	7,9 kg	65cm	35cm	Diciembre 2024	
19/03/25	10 Meses	9,2 kg	75 cm	PC 45cm PA 15cm	Sep 25 Medico	
25/09/25	17 Meses	10,4 kg	78,5	PC 47cm PA 14cm	Die jefe	

Observaciones: _____

_____

Interconsultas: _____

_____

Powered by CamScanner

Vacunar Oportunamente con todas las dosis a tus hijos, **Garantiza la Protección** frente a enfermedades como

Tuberculosis meningea, Hepatitis B, Poliomielitis, Meningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus influenzae tipo B, Difteria, Tosferina, Tetanos, Diarrea por rotavirus, Neumonia, Otitis, Meningitis bacteriemia causada por Neumococo, Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, Sarampión, Rubeola, Parotiditis, Varicela, Hepatitis A, Fiebre Amarilla y Virus del Papiloma Humano.



Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

Ministerio de Salud y Protección Social

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO

TSH neonatal	Normal	Alterado	
Auditivo OEA/PEAA	Normal	Alterado	
Cardiopatía Congénita Compleja	Normal	Alterado	
Visual	Normal	Alterado	

Mantenga Tamizaje Neonatal

ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL
- AGUDEZA VISUAL

3 años	
4 años	
5 años	

*Valor = igual a 20 normal

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

Edad	Fecha Día	Fecha Mes	Fecha Año	Valoración Nutricional Peso	Valoración Nutricional Talla	Puntuación Z	Atención en salud por
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							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1ª entrega
2ª entrega
3ª entrega

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

Aplicación de flúor

1 año	
2 años	
3 años	
4 años	
5 años	

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL



Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Thiago Trujillo Ortiz

X | | | Tipo de Documento: 1079413789 No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 22 04 2024

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3015 Talla: 50

Dirección: B/ San Miguel

Teléfono 1: 3172650650

Teléfono 2: 3213983599

Responsable: Yuskeidy Ortiz Perez

Municipio de residencia: Tesalia

Departamento: Huila

CC # 1079413419

CamScanner Powered by CamScanner

8

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: _____ Tipo de identificacion _____ No. ID: _____

Edad	Vacuna	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	Tuberculosis meningea (BCG)	Unica	22 04 2024	Lactancia materna exclusiva Serum	O	Si 3 / No 3 — 7 2 6 0 4 5 -	HOSPITAL PPAL	22 06 2024	
	Hepatitis B	Recien nacido	22 04 2024	Serum	O	3 2 6 0 1 4 A	HOSPITAL PPAL		
2 meses	Polimielitis (VIP)	1ª	25 06 24	Lactancia materna exclusiva Biological	2	Si — No — 2 3 a 0 0 3 A	Ese Tesalia		Lina Quiceno
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	25 06 24	Serum	2	8 5 2 x 0 1 a C	ESE Tesalia		Lina Quiceno
	Hepatitis B	1ª	25 06 24	Serum	2	8 5 2 x 0 1 a C	ESE Tesalia		Lina Quiceno
	Difteria, Tetanos, Tosferina	1ª	25 06 24	Serum	2	8 5 2 x 0 1 a C	ESE Tesalia		Lina Quiceno
	Diarrea por rotavirus	1ª	25 06 24	GSK	A	P 0 C D B 3 5 NA	ESE Tesalia		Lina Quiceno
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 PCV 13	1ª	25 06 24	Pfizer	G	x 1 9 1 2	ESE Tesalia		Lina Quiceno
4 meses	Polimielitis (VIP)	2ª	22 08 24	Lactancia materna exclusiva Biological		Si — No — 2 2 3 9 0 0 2	ESE Tesalia		
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	22 08 24	Serum		2 8 5 2 Y 0 1 1 E	ESE Tesalia		
	Hepatitis B	2ª	22 08 24	Serum		2 8 5 2 Y 0 1 1 E	ESE Tesalia		
	Difteria, Tetanos, Tosferina	2ª	22 08 24						
	Diarrea por rotavirus	2ª	22 08 24	GSK		A 2 0 L D B 3 BBA	ESE Tesalia		
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 PCV 13	2ª	22 08 24	Pfizer		G X 1 9 1 2	ESE Tesalia		
6 meses	Polimielitis (VIP)	3ª	26 10 24	Lactancia materna exclusiva Biologicals	2	Si — No — 3 0 B 0 1 0	ESE Tesalia		
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	26 10 24	Serum	2	8 5 2 x 0 0 3 A	Ese Tesalia		
	Hepatitis B	3ª	26 10 24	Serum	2	8 5 2 x 0 0 3 A	ESE Tesalia		
	Difteria, Tetanos, Tosferina	3ª	26 10 24	Serum	2	8 5 2 x 0 0 3 A	ESE Tesalia		
	Influenza estacional	1ª	26 10 24	Butantan	2	0 0 9 7 9	ESE Tesalia		
7 meses	Influenza estacional	2ª	05 12 24	Butantan	2	9 00 9 7 9	ESE Tesalia		
12 meses	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1ª	29 04 25	Serum	O	1 3 3 N 0 0 5 9	ESE Tesalia		
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 PCV 13 X	Refuerzo	29 04 25	Pfizer	H	7 5 2 3 C	ESE Tesalia		
	Varicela	1ª	29 04 25	Merck	Y	0 1 B 3 3 1	ESE Tesalia		
	Hepatitis A	Unica	29 04 25	Sinovac	Y	0 0 B 0 3 1	ESE Tesalia		
	Influenza estacional	Anual							
18 meses	Polimielitis (VIP)	1er Refuerzo	09 09 25	Biologicals	2	4 23 C 0 3 A			
	Difteria, Tosferina y Tetanos (DPT) Pentavalente	1er Refuerzo	09 09 25	Serum	2	8 5 3 x C 2 1 F			
	Fiebre Amarilla	Unica	03 06 25	Bio Manguinhos	2	4 C 0 0 B 2			
5 años	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1ª	09 09 25	Serum	O	1 3 3 N 1 2 1 A			
	Polimielitis (VIP) — (VOP)	2do Refuerzo							
	Difteria, Tetanos, Tosferina	2do Refuerzo							
	Varicela	Refuerzo							
9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª							
		2ª							
		3ª							
En riesgo de edad	Covid-19	1ª							
		2ª							
		1er Refuerzo							
		2do Refuerzo							
Vacunas contra otras enfermedades									

*De acuerdo al esquema de prioritización

**A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños y las niñas 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

E.S.E. HOSPITAL SANTA TERESA
VACUNACION
TESALIA - HUILA

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

RECOMENDACIONES

Tienes una gestante acuda a los controles odontológicos mientras tengas para ti y tu bebé con enfermedades como la periodontal.

Amamanta al bebé desde que nace, pues cuando succiona estimula el crecimiento y desarrollo adecuado de la lengua, mandibula y paladar

A los lactantes limpiales las encias 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

Cuida los dientes de los niños desde que aparecen, cepillelos completamente con agua y aumenta la frecuencia del cepillado para evitar la aparición de caries

A partir de los 3 años de edad utilice 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 6 años

La crema dental no debe de estar al alcance de los niños menores de 6 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 su 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

CUIDEMOS NUESTRA SONRISA



NOMBRE Thiago Trujillo Ortiz
DOC. DE IDENTIDAD 1074413789
EPS - EPS Nueva Eps
Servicio: Salud Oral

FECHA	1a VEZ	CPB	OET	FLUOR	SELLANTE	OPERATORIA	CIRUGÍA ORAL	ENDODONCIA	CONSULTA URGENCIA	TTO TERMINADO
26-10-24	✓	Educacion Salud Oral					Pyp	Prox Control	26-04-25	Yuly Carolina Higienista Oral Resolucion 2597
06-05-25	✓			Barnil		Pyp	Prox Control	04-11-25		Mar P. Gonzalez Higienista Oral Reg 1364 C.C. 1061393223

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

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 Estrellitas Negras, 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): Thiago Trujillo Ortiz con RC No 1074 413 789 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 6 del mes 3 del año 2025, en el Municipio de Tesalia.

Yasleidy Ortiz
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Jessica Cube
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 Thiago Trujillo Ortiz, identificado (a) con documento de identidad número 1094137894, 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Yosbedy Ortiz Perez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1094140419, 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

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 realizara 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 _____, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa _____

Suscriben:

Firma: Yosbedy Ortiz P
Nombre: Yosbedy Ortiz Perez
Calidad - Titular: _____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3172810650
Fecha: 06-3-325
Municipio: Tesalia

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.	F17.MO12.PP	11/05/2018
		Versión 2	Página 1 de 1

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Yasbledy ortiz Perez, identificado con Cédula de Ciudadania No. 1079410419 de Tesalia, padre / madre o acudiente de la /el/los niños(s) _____, identificados con NUIP No. 1079413789, usuario de la unidad de servicio DE LA MANO FAMILIAR 2 ESTRELLITAS NACIENTES, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Tesalia, a los 6 dias del mes 1 de 202(5)

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

Nombre: Yasbledy Ortiz Perez

Firma: _____

CC. No. 1079410419 tesalia

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: JESSICA LORENA CUMBE

Firma: Jessica Cumbe

CC. No. 1079409772

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.079.410.419

ORTIZ PEREZ

APELLIDOS

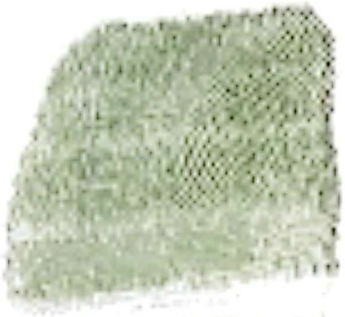
YASBLEDY

NOMBRES

Yasbledy Ortiz Perez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 15-ENE-1993

TESALIA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 O+ F

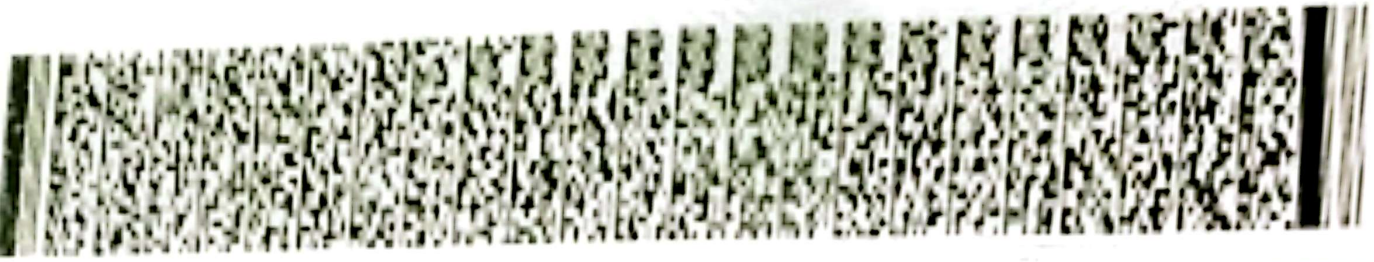
ESTATURA G.S. (RH) SEXO

15-ENE-2011 TESALIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



P-1902500-01100439-F-1079410419-20191001 0067988985A 1 9910250273

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.075.247.355
TRUJILLO VALENCIA
APELLIDOS
ALDAIR
NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO 07-AGO-1990
TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
24-SEP-2008 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Powered by CamScanner

ElectroHuila

Electrificadora del Huila S.A. ESP

Sr(a): TRUJILLO ANDRADE RODRIGO

c.c. / Nit: 4896209

CL 5 # 13-17

Municipio: 797 TESALIA HUILA Ruta: 47970030730

Dirección Postal:

Ciclo: 71 Sector: 3-LIBRE3 TESALIA

No. Cuenta / Contrato: 354465765

Factura De Venta No. 82076867

Fecha De Emisión 18/06/2024

Periodo	Periodo Facturado	Pago Total	Pago Mínimo	Periodos Vencidos
6 / 2024	14/05/24-14/06/24	$72,680	$72,680	1

Datos de la Cuenta

Clase Servicio	Residencial	Nivel Tensión	1-Secundaria	Tipo Liqui	lectura
Estrato	1-Bajo Bajo	Carga Instalada	1000 W		
Zona	OCCIDENTE	Nodo	T10076-PCNP		

Costo Unitario de Prestación de Servicio

Generación	307.24
Transmisión	54.27
Distribución	266.13
Restricciones	7.91
Pérdidas	92.69
Comercialización	181.65
Costo Unitario	1000.1
Tarifa Aplicada	1000.1005

Indicadores De Calidad Individual

Cálculos del Consumo

Contador	Marca	TM	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	FM	Consumo
10689796	ABB	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	19581	19497	1	84

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
0	Deuda Capital	33.439
1	Deuda Interes Capital	96
21	Consumo Periodo	84.008
110	Interes moratorio	167
608	Ajuste Decena	<1>
995	Subsidio	<50.405>

Ultimos Consumos

Año	Mes	Consumo
2024	5	85
2024	4	83
2024	3	72
2024	2	77
2024	1	59
2023	12	62

Promedio Cuenta	Consumo Año Anterior
73	61

Liquidación de Consumo

Medi	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	173	84.0	400.0402	$33.603

Indicadores De Calidad Individual Retroactivo

Nodo 6500245 Grupo Calida 21

Horas a compensar	0
Compensacion por evento	
Meta Calidad opr Duración	62.37
Meta calidad por eventos	21
Eventos acmulados año	44
Duracion acumulador año	33.74
Consumo a compensar	0
Cargo distribución	263.1

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Total cuota Financiación 0

Tasa de Interés 0.00 %

Debido al no pago oportuno de su factura, ELECTROHUILA procederá a la suspensión del servicio de energía eléctrica, una vez quede en firme la presente decisión, contra la cual procederán los recursos de reposición ante la División de PQR, en subsidio el de apelación ante la SuperServicios, el cual debe interponerse "en un mismo escrito, dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación del presente acto, conforme a lo establecido

CUFE

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total Electrohuila	$67,304
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$5,376
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$72,680

FOES

Kwh

$/Kwh

Total

N Fact

Ultimo Pago

$34,790

14/05/2024

Emitida Por: HDEVIA

Pag: 6050

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento:
PAGO INMEDIATO

Suspensión a Partir De:
PAGO INMEDIATO

Linea de transparencia

Reporta en la línea de transparencia todos los presuntos actos de soborno, corrupción o comportamientos indebidos de nuestros trabajadores y/o contratistas
Línea gratuita 018000 117766
Correo electrohuila@lineatransparencia.com
Accede directamente escaneando el Código QR

(415)7707149967(8020)0354465765(3900)000007680(96)20240626

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO EN VIRTUD DEL ARTICULO 130 DE LA LEY 142 DE 1994 MODIFICADA ART. 14 LEY 689 DE 2001

17

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner