LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS GESTANTES PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD EDUCACIÓN INICIAL EN EL HOGAR

UDS ESTIMULACIÓN Y HUELLAS

PARTICIPANTE: VANESSA VIDARTE PERDOMO

TI _ **CC** X **No.** 1.004.074.486



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotografía física, ésta ira 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. – o 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	✓		

Powered by CamScanner

Fotocopia del control prenatal	Seguimiento	Cada vez que el participante asista a la valoración según esquema establecido			
Copia del carnet de vacunación actualizado según la edad gestacional	Seguimiento	Cada vez que el participante asista según el PAI	✓		
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (Copia del Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año		✓	X
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **1.004.074.486**

VIDARTE PERDOMO

APELLIDOS

VANESSA

NOMBRES

Vanessa Vidarte P

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-OCT-2001**

TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**B-**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-DIC-2019 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1902500-01129024-F-1004074486-20200127 0069832974A 1 53209613

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro valido

Fecha de consulta: 30/08/2025

Ficha: 41797090640100000035

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: VANESSA

Apellidos: VIDARTE PERDOMO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1004074486

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 27/02/2020

Última actualización ciudadano: 27/02/2020

Última actualización via 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

Teléfono: 8377022 - 3144647676

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA

F2.MTI.FP	30/01/2025
Clasificación de la Información	Página 2 de 2
Clasificación de la Información Pública	

Fecha de diligenciamiento: 01 09 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: ○ Niño/a entre 2 y menor de 5 años ● Persona Gestante

Tipo de vinculación: ● Participante de nuevo ingreso ○ Participante de continuidad

Unidad de Servicio sugerida: Estimulación y Juegos

Tipo documento identidad: ○ Registro Civil ○ Tarjeta de identidad ● Cédula de ciudadanía ○ Pasaporte ○ Permiso especial permanencia ○ Partida o Acta de nacimiento ○ Visa ○ Tarjeta movilidad fronteriza ○ Permiso de protección temporal ○ Cédula extranjería ○ Sin documento Nacionalidad: _____

Número de documento: 1.004.074.486

Fecha nacimiento: 28 10 2001

Nombres: Vanessa

Apellidos: Vidarte P.

¿Tiene discapacidad? ○ Si ● No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ○ Si ● No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ○ Si ● No

Indique cuales aplican: ○ Física ○ Visual ○ Auditiva ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple ○ Sordoceguera ● N/A

Seleccione la que aplique: ○ Afrocolombiano ○ Indígena ● No se autoreconoce ○ Comunidad negra ○ Rom / Gitano ○ Palenquero (a) ○ Raizal

Indique cuales aplican: ○ Migrante ○ Campesinado ○ Firmante de paz ○ Víctima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: Tesalia

Zona: Urbana

Barrio: Hector Trujillo

Vereda:

Sector:

Dirección: Cra 2A # 3-66

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: ○ Madre ○ Padre ● Cuidadora

Tipo documento identidad: ○ Tarjeta identidad ● Cédula de ciudadanía ○ Cédula de extranjería ○ Pasaporte ○ Permiso especial permanencia ○ Partida o Acta de nacimiento ○ Visa ○ Tarjeta movilidad fronteriza ○ Permiso de protección temporal ○ Sin documento Nacionalidad: _____

Número de documento: 1.079.412.313

Nombres: Jordan Alexis

Apellidos: Castillo C.

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 05 02 1998

Correo electrónico:

Número de celular: 3108757368

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema?: ● Si ○ No
https://prematricula.icbf.gov.co

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Vanesa Vidarte

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Johana A. B

Observaciones:

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y EL CUMPLIMIENTO A LA LEY 1581 DE 2012

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1004074486
NOMBRES	VANESSA
APELLIDOS	VIDARTE PERDOMO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	SUBSIDIADO	01/02/2018	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/24/2025 00:03:22	**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

6

Powered by CamScanner

HOSPITAL SANTA TERESA DE TESALIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Nombres y Apellidos
VANESA VIDARTE PERDOMO
Barrio Dirección y Teléfono
SANTA TERESA -> CLL 3#4-34-> 3108757368

FECHA DE NACIMIENTO día 28 mes oct año 2001 — EDAD (años) 23 — < de 15 — > de 35
ETNIA: blanca, indígena, mestiza, negra, otra
ALFA BETA: no, si
ESTUDIOS: ninguno, primaria, secund., univers., años en el mayor nivel
ESTADO CIVIL: casada, unión estable, soltera, otra
Lugar del control prenatal: 417970048201
Lugar del parto:
N° identidad: CC 1004074486

ANTECEDENTES

FAMILIARES / PERSONALES (no / si)
FAMILIARES: TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, otra cond. médica grave
PERSONALES: cirugía, genito-urinaria, intestinales, cardiacas, nefropatía, violencia

OBSTETRICOS
ULTIMO PREVIO: n/c <2500g, normal >4000g
Antecedente de gemelares: no, si
gestas previas 0 — abortos 0 — 3 espont. consecutivas — vaginales 0 — cesáreas 0 — partos 0 — nacidos vivos 0 — nacidos muertos 0 — viven 0 — muertos 1ª sem. 0 — después 1ª sem. 0

FIN EMBARAZO ANTERIOR: día, mes, año — menos de 1 año
EMBARAZO PLANEADO: no, si X
FRACASO METODO ANTICONCEP: no usaba, barrera, DIU, hormonal, oral, gineco, natural

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR 61 Kg — TALLA (cm) 157
FUM: día 07 mes may año 2025
FPP: día 11 mes feb año 2026
EG CONFIABLE por: FUM (no, si) — Eco <20 s. (no, si)

	FUMA ACT.	FUMA PAS.	DROGAS	ALCOHOL	VIOLENCIA
1er trim	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si
2° trim	X		X		X		X		X	
3er trim										

ANTIRRUBEOLA: previa, no sabe, embarazo, no
ANTITETANICA: vigente no, si X — DOSIS 1, 2 — mes gestación
EX. NORMAL: ODONT. no, si X — MAMAS no, si X

CERVIX: Insp. visual normal X, anormal, no se hizo — PAP normal X, anormal, no se hizo — CO.P normal, anormal, no se hizo X
GRUPO: 0 — Rh: − X, + X — Inmunz. no X, si
TOXOPLASMOSIS: <20sem IgG (−, +, no se hizo X); ≥20sem IgG (−, +, no se hizo X); 1° consulta IgM (−, +, no se hizo X)
VIH <20 sem: solicitado no, si X — realizado no X, si
VIH ≥20 sem: no, si X
Hb <20 sem: g — <11.0g
Fe/FOLATOS indicados: Fe no, si X — Folatos no X, si
Hb ≥20 sem: g — <11.0g
VDRL/RPR <20 sem: −, + X, no se hizo
SIFILIS confirmada por FTA: no X, si
VDRL/RPR ≥20 sem: −, + X, no se hizo
MAMAS: −, + X, no se hizo
PALUDISMO/MALARIA: −, + X, no se hizo
BACTERIURIA: sem. <20 normal, anormal, no se hizo X; sem. ≥20 normal, anormal, no se hizo X
GLUCEMIA EN AYUNAS: <20 sem — ≥1,05 g/dl — >30 sem
ESTREPTOCOCO B 35 - 37 semanas: −, + X, no se hizo
PREPARACION PARA EL PARTO: no, si X
CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA: no X, si
TTO SIFILIS: no, si, no corresponde X

CONSULTAS ANTENATALES

F. Cons	E. Gest	Peso	P. Art.	A. Uter	Present.	FCF	Mov. F	protein	Signos de Alarma, examens,tratamientos	Prox. Cita
13/ago./2025	14.	61	110 / 60	15	No Refie	130	Positivo	No Corresp	CONTROL EN 1 MES	13/sept./2025
10/sept./2025	18.3	62	120 / 60	23	Transver	140	No Corresp	No Corresp	CONTROL EN 1 MES	10/oct./2025
08/oct./2025	22.	66	120 / 60	28	Cefalica	140	Positivo	No Corresp	CONTROL EN 1 MES	08/nov./2025
05/nov./2025	26.	69	120 / 60	28	Transver	140	Positivo	No Corresp	CONTROL EN 1 MES	05/dic./2025

PARTO ○ ABORTO ○

FECHA DE INGRESO día mes año — CONSULTAS PRE-NATALES total — CARNE no, si
HOSPITALIZ. en EMBARAZO no, si — días
CORTICOIDES ANTENATALES: completo, incompl., ninguna, n/c — semana inicio
INICIO: espontáneo, inducido, cesar. elect.
RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: no, si — día mes año — hora min — <37 sem, ≥18 hs., temp.≥ 38°C
EDAD GEST. al parto: semanas días — por FUM, por Eco
PRESENTACION SITUACION: cefálica, pelviana, transversa
TAMAÑO FETAL ACORDE: no, si
ACOMPAÑANTE TDP: no, si — pareja, familiar, otro, ninguno

TRABAJO DE PARTO

hora	min	posición de la madre	PA	pulso	contr./10'	dilatación	altura present.	variedad posic.	meconio	FCF/dips

ENFERMEDADES: ninguna, ≥ 6 más
HTA previa — HTA inducida embarazo — preeclampsia — eclampsia — cardiopatía — nefropatía — diabetes I II G
Infec. ovular — infec. urinaria — amenaza parto preter. — R.C.I.U. — rotura prem. de membranas — anemia — otra cond. grave
HEMORRAGIA: 1° trim. — 2° trim. — 3° trim. — posparto — infección puerperal — código
notas

NACIMIENTO: VIVO ○ — MUERTO: anteparto ○ parto ○ ignora momento ○
hora min — día mes año
MULTIPLE: orden — no, si
TERMINACION: espont., cesárea, otra — forceps, vacuum
INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO — código — INDUC. — OPER.

POSICION PARTO: sentada, acostada, cuclillas
EPISIOTOMIA: no, si
DESGARROS: Grado (1 a 4) — no
OCITOCICOS: prealumbr. no, si — postalumbr. no, si
PLACENTA: completa no, si — retenida
LIGADURA CORDON precoz: no, si
MEDICACION RECIBIDA: oxitocicos en TDP no, si — antibiot. no, si — analgesia no, si — anest. local no, si — anest. region. no, si — anest. gral no, si — transfusión no, si
otros: no, si — especificar — codigo medic 1 — medic 2

RECIEN NACIDO

SEXO: I, M, del nvdo
PESO AL NACER: g — <2500 g, >4000g
P. CEFALICO cm
LONGITUD cm
EDAD GESTACIONAL: sem. días — FUM, ECO, ESTIMADA
PESO E.G.: adec., peq., gde.
APGAR (min): 1" — 5"
REANIMACION: estimulac., aspiración, máscara, oxígeno, masajo, tubo
FALLECE en LUGAR de PARTO: no, si
REFERIDO: alog. neona conj. otro biolog. hosp.
ATENDIO: médico, obst., enf., auxil., estud., empir., otro — Nombre
PARTO
NEONATO

PUERPERIO

día	hora	T°C	P.A	pulso	involuc. uter.	lóquios

DEFECTOS CONGENITOS: no, menor, mayor — codigo
ENFERMEDADES: ninguna, 1 a 6 más — codigo
TAMIZAJE NEONATAL: VDRL TSH Hbpatia Bilirrub Toxo IgM — −, +, no se hizo
Meconio 1° día: no, si
ANTIRRUBEOLA POST PARTO: No corresponde, no, si

ANTICONCEPCION
CONSEJERIA no, si
METODO ELEGIDO: DIU posevento, DIU, barrera, hormonal, lactancia, natural, otro, ninguno

EGRESO RN: vivo, fallece, trasladado — día mes hora min — lugar
fallece durante o en lugar de traslado: no, si
EDAD días completos — <1 día
ALIMENTO AL ALTA: lact. excl., parcial, artificial
Boca arriba: no, si
BCG: no, si
PESO AL EGRESO: g
Certificado Recién Nacido
N° Hist. Clínica R. Nacido
Nombre Recién Nacido
Responsable

EGRESO MATERNO: día mes año — traslado, lugar — días completos desde el parto
viva, fallece
fallece durante o en lugar de traslado: no, si
Responsable

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	19-11-20	2338L024 WI	
	2	24-04-21	2338L024 01	
	3	13-08-25	2333x043 HU	
	4			
	5			
TdaP acelular	1	Desde el 2	26	
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Hospital SANTA TERESA
VACUNACIÓN
Tesalia - Huila

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	13-08-25	V505250C3	
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

E.S.E. Hospital SANTA TERESA
VACUNACIÓN
Tesalia - Huila

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Vanessa

Apellidos: Vidarte Perdomo

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1 0 0 4 0 7 4 4 8 6

Fecha de nacimiento: Día 28 Mes 10 Año 2001

8

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 ESTIMULACIÓN Y HUELLAS, 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): _____ con RC No _____ 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 03 del mes SEPTIEMBRE del año 2025, en el Municipio de TESALIA.

Vanesa Vidarte
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Sandra R. Brand
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 _____, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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, VANESSA VIDARTE PERDOMO, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.004.074.456 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 EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR

Suscriben:

Firma: Vanessa Vidarte P
Nombre: Vanessa Vidarte Perdomo
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3108757368
Fecha: 03-09-2025
Municipio: Tesalia

Powered by CamScanner

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo VANESSA VIDARTE PERDOMO, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.004.074.486 de TESALIA, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s)_____, identificados con NUIP No. _____, usuario de la unidad de servicio ESTIMULACION Y HUELLAS, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en TESALIA, a los 03 días del mes 09 de 2025

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

Nombre: VANESSA VIDARTE PERDOMO

Firma: Vanessa Vidarte P.

CC. No. 1.004.074.486

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Sandra Patricia Brand

Firma: Sandra P. Brand

CC. No. 26.471.495

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

FORMALIZACION DEL PACTO DE CONVIVENCIA

Yo VANESSA VIDARTE PERDOMO, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1.004.074.486 expedida en TESALIA como padre de familia y/o cuidador del niño o niña _____ con RC _____ manifiesto que de manera voluntaria acepto y me adscribo al pacto de convivencia que hemos socializado y construido de manera conjunta en la UDS ESTIMULACION Y HUELLAS en el cual se establecen los siguientes acuerdos.

LOS ACUERDOS ESTABLECIDOSSE RESUMEN EN

1. Derechos y deberes de los niños y las niñas usuarias
2. Derechos y deberes de padres de familia y/o cuidadores
3. Gratuidad del servicio brindado en la UDS
4. Derechos y deberes del Talento Humano de la UDS
5. Mantener relación de respeto entre los usuarios de la UDS y con el talento humano de la UDS.

El presente acuerdo se da por formalizado el día 03 del mes 09 del año 2025 en el municipio de TESALIA con la firma de las partes que en el intervienen

Vanesa Vidarte Perdomo
Padre de familia o usuario

Sandra P. Brand
Docente de la UDS

Johana A. Barillo
Auxiliar Pedagógica de la UDS






Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.079.412.313
CASTILLO CORONADO
APELLIDOS
JORDAN ALEXIS
NOMBRES



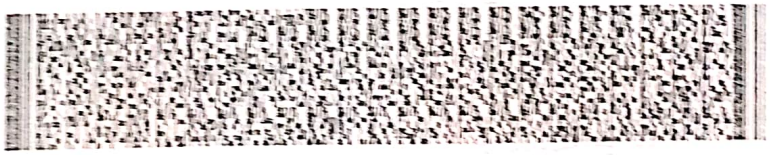
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-FEB-1998
TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
22-FEB-2016 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



P-1902500-00965343-M-1079412313-20171117 0056510344A 1 8902078638

14

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía

Electrificadora del Huila S.A ESP
NIT. 891.180.001-1

Sr(a): JORGE EFREN CASTILLO LEIVA
C.C. / Nit: 83254137
CRA 2 # 3-66 B HECTOR TRUJILLO
Municipio: 797 TESALIA HUILA Ruta: 47970010590
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 1-LIBRETIN 1 DE TESALIA

Su codigo de cuenta NIU
286126875
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
88085365

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
9/ 2025	13/08/25-13/09/25	$31,150	$31,150	0 meses

Datos de cuenta

Clase servicio	Residencial
Estrato	1-Bajo Bajo
Zona	OCCIDENTE
Nivel tensión	1-Secundaria
Carga Instalada	1000
Tipo liquidación	lectura
Nodo	T10110-PCNP

Costo unitario prestación del servicio

COMPONENTES ELECTROHUILA
1 Comercialización 161.26
+
2 Distribución 296.33
TOTAL ELECTROHUILA = 457.59
MERCADO ENERGÍA MAYORISTA
3 Generación 393.16
+
4 Transmisión 53.84
+
5 Restricciones 15.82
+
6 Pérdidas 79.48
TOTAL MERCADO MAYORISTA = 542.3
Costo unitario ElectroHuila + Mercado = 999.88

Histórico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	8	76	2025	2	74
2025	7	69	2025	1	86
2025	6	70	2024	12	106
2025	5	70	2024	11	103
2025	4	71	2024	10	99
2025	3	67	2024	9	102

Promedio de la cuenta	Consumo mes año anterior
70	102

Conceptos ElectroHuila

Concepto		Valor
1	Consumo Periodo	66.992
08	Ajuste Decena	<2>
95	Subsidio	<38.148>

Calculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-6768722	KRI	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	25882	25815	1	67

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCobrar
1	1	173	67 KW/h	$430.5140	$66.992	-57%	$20.044

TOTAL

Financiación ElectroHuila

Descripcion	Saldo

Tasa de interés 0%

CUFE 82e4785816483d7f1004e6a2ba6fd2e111585a42753549480a9b63cd4cfcb7d3aa817058ae40e20b20cda3
Numero de Factura Electronica EH-4713643 Numero de factura: 88085365

Fecha de emisión	Mi último pago fue	Tengo plazo de pagar hasta	Me quedo sin servicio a partir de
17/09/2025	$35,300 25/08/2025	26/09/2025	
		Vencimiento	Suspensión

Valor Energía ElectroHuila	+ Valor Servicio de Aseo	+ Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)	+ Valor Otros Cobros	=
$28,842		$2,308	$0	$31,150 TOTAL A PAGAR

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN
Reporta cualquier novedad relacionada con la prestación del servicio
01 8000 952 115 | 3134354436
PQR: radicacion@electrohuila.co
www.electrohuila.com.co
24/7

¡Escanea! paga en línea

Pag: 4752

(415)7707274499679(8020)0286126875(3900)0000031150(96)20250926

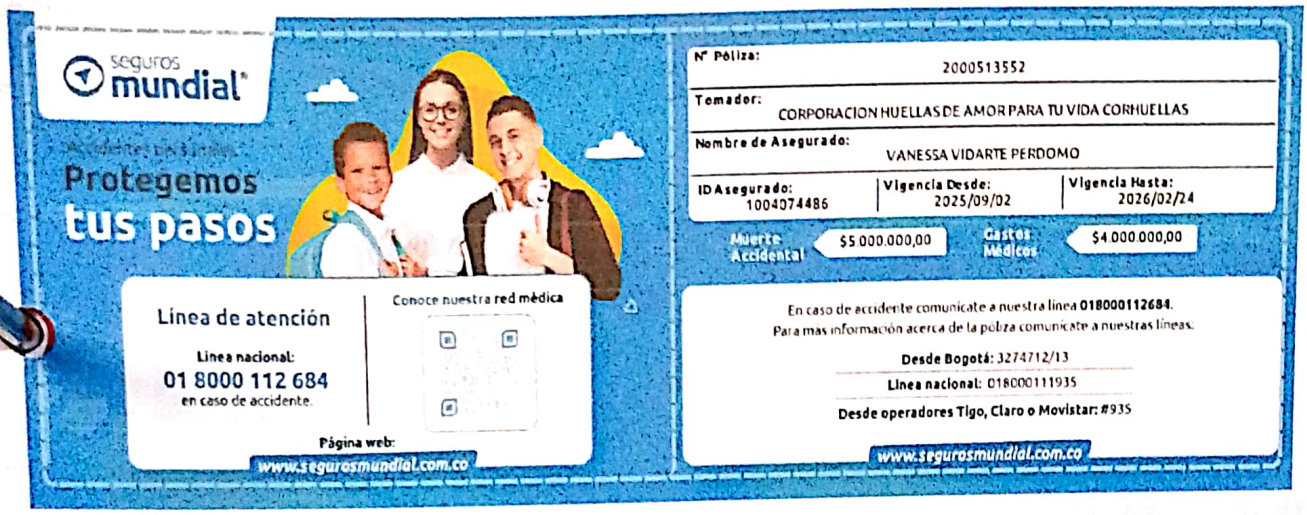
REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO EN VIRTUD DEL ARTICULO 130 DE LA LEY 142 DE 1994 MODIFICADA ART 18 LEY 689 DE 2001

15

Powered by CamScanner



16

Powered by CamScanner