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 GESTANTES PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR

UDS DE LA MANO FAMILIAR 2 ESTRELLITAS NACIENTES 3
PARTICIPANTE: YENSI YOHANNA LEIVA CASTILLO
TI CC X PPT No. 1079412030

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			

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			
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

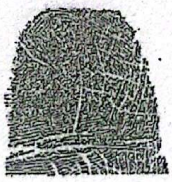
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.079.412.030
LEIVA CASTILLO

APELLIDOS
YENSI YOHANNA

NOMBRES
yensy yohanna leiva c.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-1996
TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

19-MAY-2015 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1902500-00796026-F-1079412030-20160301 0048730082A 1 42168066

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	1079412030
NOMBRES	YENSI YOHANNA
APELLIDOS	LEIVA CASTILLO
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	06/09/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/07/2025 21:58:16	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.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

4

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: **01/07/2025**

Ficha: **41797090640100000082**

B6

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: YENSI YOHANNA

Apellidos: LEIVA CASTILLO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1079412030

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **07/04/2020**

Última actualización ciudadano: **13/05/2022**

Última actualización via registros administrativos: **25/11/2023**

***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: **VANESSA MAZABEL PERDOMO**

Dirección: **Carrera 9 No 6 - 11**

Teléfono: **8377022 - 3134061848**

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.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación

5

Powered by CamScanner

HOSPITAL SANTA TERESA DE TESALIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Nombres y Apellidos
YERSI YOHANNA LEIVA CASTILLO
Barrio Dirección y Teléfono
RURAL -> VEREDA EL DAVE FINCA VILLA MERCEDES > 3152034

FECHA DE NACIMIENTO: 18 nov 1996 — EDAD (años): 27

41797004820 1

CC 1079412030

FAMILIARES / PERSONALES: TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia

GINECO-OBSTETRICOS: gestas previas 8 · abortos 4 · vaginales 2 · nacidos vivos 3 · vivos 3 · partos 3 · cesáreas 1 · nacidos muertos 0 · muertos 1° sem 0 · después 1° sem 0

EMBARAZO PLANEADO · FRACASO VETODO

VALORACION ACTUAL

PESO ANTERIOR 0 kg · TALLA (cm) 0

FUM: 15 abr 2025 · FPP: 20 ene 2026

FG CONFIABLE con FUM / Eco <20 s.

CERVIX: Insp. visual, PAP, COLP

GRUPO 0 · Rh · Inmuniz.

TOXOPLASMOSIS: <20sem IgG, ≥20sem IgG, 1° consulta IgM

VIH <20 sem · >20 sem

Hb <20 sem 0 g/l · Hb ≥20 sem 0 g/l

FOLATOS indicados

VDRL/RPR <20 sem · SIFILIS confirmado por FTA · VDRL/RPR ≥20 sem

CHAGAS · PALUDISMO/MALARIA · BACTERIURIA · GLUCEMIA EN AYUNAS <92 mg/l 0 · ≥105 g/l · ≥92 mg/l 0

ESTREPTOCOCO B 35 - 37 semanas

PREPARACION PARA EL PARTO

CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA

ANTIRUBEOLA · ANTITETANICA · EX NORMA: GDO 4 ✗ MAMAS ✗

Este cabe vejiga ALERTA

CONSULTA ANTENATAL

F. Cons	E. Gest	Peso	P. Art.	A. Uter	Present.	FCF	Mov. F	proteín	Signos de Alarma, examens,tratamientos	Prox. Cita
07/sept./2024	5.6	70	120 / 90	0	No Refie	0	No Corresp	No Corresp		07/sept/2024
05/Jul./2025	8.	68	121 / 75	0	No Refie	0	No Corresp	No Corresp		07/sept/2025
09/ago./2025	16.4	68	100 / 60	18	Transver	140	Positivo	No Corresp	CONTROL EN 1 MES	06/oct/2025
06/sept./2025	20.4	69	110 / 60	22	Transver	140	Positivo	No Corresp	CONTROL EN 1 MES	11/nov/2025
11/oct./2025	25.4	71	110 / 60	28	Transver	140	Positivo	No Corresp	CONTROL EN 1 MES	

PARTO ○ ABORTO ○

FECHA DE INGRESO · CONSULTAS PRE-NATALES total · HOSPITALIZ. en EMBARAZO · CORTICOIDES ANTENATALES · INICIO espontáneo / inducido / cesar. electiva · RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO · EDAD GEST. al parto · PRESENTACION SITUACION · TAMAÑO FETAL ACORDE · ACOMPAÑANTE

CARNÉ ○ no ○ si

TRABAJO DE PARTO: hora · min · posición de la madre · FA · pulso · cont./10' · dilatación · altura present. · variedad pos. · meconio · FCF/dip

ENFERMEDADES: HTA previa, HTA inducida embarazo, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes

HEMORRAGIA: infec. ovular, infec. urinaria, amenaza parto prever., R.C.I.U., ruptura prem. de membranas, anemia, otra cond. grave

NACIMIENTO VIVO ○ · MUERTO ○ parto ○ cesárea ○ · hora · min · día · mes · año

MULTIPLE orden · TERMINACION espont. / fórceps / cesárea / vacuum / otra

INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO

POSICION PARTO: pelvis ○ podálica ○ cuclillas ○ · EPISIOTOMIA no ○ si ○ · DESGARROS Grado (1 a 4) no ○ · OCITOCICOS profiláctico no ○ si ○ · terapéutico no ○ si ○ · PLACENTA completa ○ retenida ○ · LIGADURA CORDON precoz no ○ si ○

MEDICACION RECIBIDA: corticoides en TUS no ○ si ○ · antibiot. no ○ si ○ · analgesia no ○ si ○ · anest. local no ○ si ○ · anest. region. no ○ si ○ · anest. gral. no ○ si ○ · transfusion no ○ si ○ · otros no ○ si ○ especificar

RECIEN NACIDO

SEXO ♂ ♀ · PESO AL NACER g · <2500 g ○ >4000g ○

P. CEFALICO cm · LONGITUD cm · EDAD GESTACIONAL semanas días · FUM · ECO · ESTIMADA

PESO E.G. adec. ○ peq. ○ gde. ○

APGAR (min) 1' · 5'

REANIMACION: estimulac. no ○ si ○ · aspiración · máscara · oxígeno · masaje · tubo

FALLECE en LUGAR de PARTO no ○ si ○

REFERIDO alta · cuna · otro cuna · alojamiento conjunto · hosp.

ATENDIO médico · anest. · enf. · aux. · estud. · estud. · empir. · otro · número

PARTO ○ NEONATO ○

PUERPERIO

día	hora	T°C	PA	pulso	involución uterina	loquios

DEFECTOS CONGENITOS no ○ mayor ○ menor ○ · ENFERMEDADES no ○ si ○ · cuál

TAMIZAJE NEONATAL: VDRL · TSH · Hipoxia · Bilirrub. · Tamiz IgM

	VDRL	TSH	Hipoxia	Bilirrub.	Tamiz IgM
−	○	○	○	○	○
+	○	○	○	○	○
no se hizo	○	○	○	○	○

Mecona 1° día no ○ si ○

ANTIRUBEOLA POST PARTO: No corresponde ○ no ○ si ○

ANTICONCEPCION · CONSEJERIA · METODO ELEGIDO

EGRESO N° vivo ○ fallece ○ traslado ○ · 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 · artific.

Boca arriba no ○ si ○ · BCG no ○ si ○ · PESO AL EGRESO g

Certificado Nacido Vivo · N° rec. Primera Vacuna · Nombre Recien Nacido

Responsable

EGRESO MATERNO: día · mes · año · traslado ○ · Lugar · vivo ○ fallece ○ · fallece durante o en Lugar de traslado no ○ si ○ · días completos desde el parto

Responsable

Galaxy A10s

Powered by CamScanner

6

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Yensi Yohanna

Apellidos: Leiva Castillo

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

Número de documento: 1079412030

Fecha de nacimiento: Día 18 Mes 11 Año 1996

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampion - Rubeola	Unica			
Fiebre Amarilla	Unica			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4	09-08-25	233X043B	E.S.E. Hospital SANTA TERESA VACUNACIÓN Tenjo - Hoja
	5			
TdaP acelular	1			
	2	Cada diez años de los 26 seguros.		
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	09-08-25	V5C52500	E.S.E. Hospital SANTA TERESA VACUNACIÓN Tenjo - Hoja
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Powered by CamScanner

FECHA	1a VEZ	CPB	OET	FLÚOR	SELLANTE	OPERATORIA	CIRUGÍA ORAL	ENDODONCIA	CONSULTA URGENCIA	TTO. YERMINADA
05-07-25	✓	✓	educación en salud oral				Pyp	Prox Control	05-01-26	
15 de julio de 2025	X		Gestante primera vez embarazada			KOI ← Dx caries de dentina				

Mary P. González
Higienista Oral
Reg. 1364
C.C. 1081393223

Powered by CamScanner

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.

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 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.

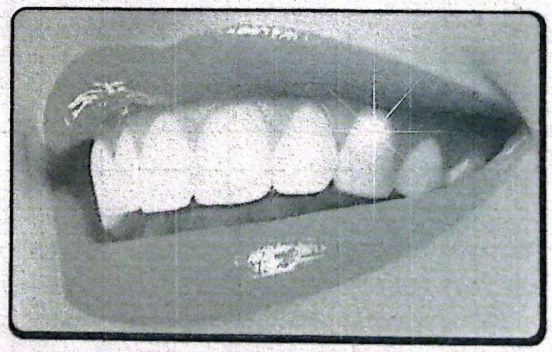
Cambie de cepillo dental cada 6 meses, utilice uno de cuerdo a tu edad.

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

Hospital
SANTA TERESA
Los Mejores Cuidando su Salud

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

CUIDEMOS NUESTRA SONRISA



NOMBRE: Yensi yohanna Leiva C.

DOC. DE IDENTIDAD: 1079412030

EPS - EPS Sanitas

Servicio: Salud Oral

Powered by CamScanner

CORPORACIÓN	CORPORACION PARA EL DESARROLLO DE LAS CIENCIAS, LA INVESTIGACION E INNOVACION		**CÓDIGO:** AG-DP-001	
	Fecha de elaboración: 01 de enero de 2022	**Fecha última modificación:**	**Versión: 2**	**Pag 1 - 1**

En mi calidad de padre o madre de familia o usuario del servicio prestado por el ICBF en la UDS ESTRELLITAS NACIENTES 3, 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 corresponsabilidad, es mi interés manifestar el compromiso en el proceso de atención a la primera infancia de la mujer gestante Yessy Yohana Leiva Castiblanco con TI ___ CC X No 1079412030 Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia a los encuentros grupales, teniendo en cuenta que es un servicio que me presta el Estado en el marco de la garantía de los derechos de los niños, las niñas y mujeres gestantes.
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, las niñas y mujeres gestantes.
3) Cumplir el horario de atención establecido en la UDS
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira la mujer gestante de la UDS.
5) Entregar los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de la mujer gestante, estos documentos son:

   1. Certificado de afiliación a salud.
   2. Fotocopia del documento de identidad.
   3. Fotocopia del carné de vacunas actualizado
   4. Fotocopia del carné de control prenatal
   5. Certificación de SISBÉN.

   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).

Powered by CamScanner

6) Realizar las gestiones orientadas a que la mujer gestante asista al servicio médico y demás actividades de promoción y prevención para lograr el mejor estado posible de salud.
7) Informar y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de la mujer gestante adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
8) 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 familiar.

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día ____ del mes _____del año 2025, en el Municipio de La Peseta.

Yohana Leiva
MUJER GESTANTE

Jessica Cubo
AGENTE EDUCATIVA

10

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, Yensi Yohana Leiva Castillo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1074912030, 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 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 Cay huellas, 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 y comunitaria

Suscriben:

Firma: Yohana Leiva
Nombre: Yensi Yohana Leiva Castillo
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: _____
Municipio: Tesalia

¡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.

CLASIFICADA

Powered by CamScanner

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Yesi Yohana leiva Castillo, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1079412030 de Tesalia, padre / madre o acudiente de la /el/los niños(s)_____, identificados con NUIP No. _____, usuario de la unidad de servicio DE LA MANO FAMILIAR 2 ESTRELLITAS NACIENTES 3, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Tesalia, a los 1 días del mes 7 de 202(5)

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

Nombre: Yesi Yohana leiva castito

Firma: Yohana Leiva

CC. No. 1079412030

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: JESSICA LORENA CUMBE

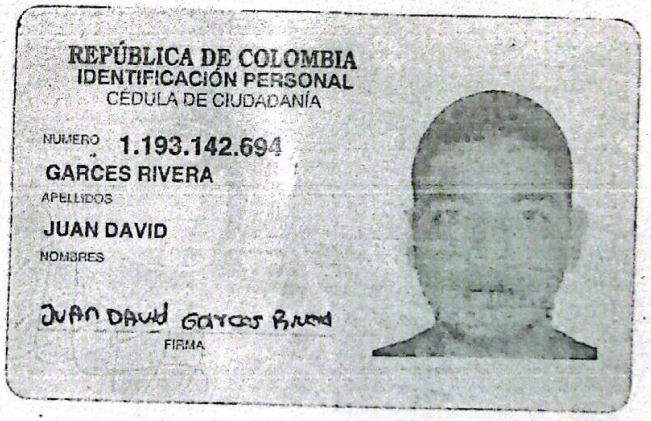
Firma: Jessica Cumbe

CC. No. 1079409772

PUBLICA

Powered by CamScanner

FECHA DE NACIMIENTO 03-ENE-2001
HOBO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
25-ABR-2019 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
P-1902500-01083665-M-1193142694-20190719 0066385479A 2 51765031



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.193.142.694
GARCES RIVERA
APELLIDOS
JUAN DAVID
NOMBRES
JUAN DAVID GARCES RIVERA
FIRMA

Powered by CamScanner

ElectroHuila

NIT. 891.180.001 -1

SU CODIGO CUENTA NIU

293059256

Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohuila.com.co FT -CFE -05 -001

TORRETENEDORES DE RENTA RESOL. No 847/2002
UN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART.4
RESOL. RESPEN DEL 14/07/15 DIAN GRANDES
RETRIBUYENTES AUTORRETENEDOREN ICA CIRCULAR 4
DE 30/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

CTURA DE VENTA No. 75719119

TOTAL A PAGAR

$ 54.480

cumento equivalente según
ículo 17 Decreto 1001/97

CHA DE VENCIMIENTO 02/MAR/2023

FECHAS DE LECTURAS: 10/DIC/2022 - 10/FEB/2023
FECHA SUSPENSIÓN: 06/MAR/2023

INFORMACIÓN CLIENTE

ente	ADRIANA LIZBETH MAYORGA PERDOMO	Nit CC	1079409298
ección	VDA EL DAVE FCA VILLA MARCELA	Ruta	6080510117
icipio	TESALIA	Ciclo	084
se Servicio	Residencial	Estrato	2

INFORMACIÓN TÉCNICA

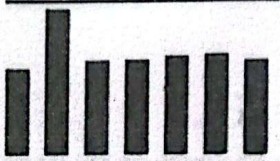
el Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6580036
ga Contratada	0	Nombre	
po	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

ıtador	Marca	I.E	I.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
052023	ISK	A	S	00	9187	9051	1	136

medio Cuenta 154 Consumo Año Anterior 164 Consumo Anterior 164

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
ENE	136
NOV	232
SEP	148
JUL	149
MAY	155
MAR	159
ENE	147

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU:65 DIU:139.609937HC:0
EC:0 VC:3834 VCD:3834
VCF:0 CEC:74.866563
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 21/12/2022
Valor $ 62350

LIQUIDACIÓN CONSUMO PERIODO

sumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)	Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
.0	794.8427 =	54049			
.0	800.9564 =	54465			

lor Total Energía del Periodo	$	108.514
lor (Subsidio/Contribución %)	$	- 54.256
lor Total Energía Facturado	$	54.258

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
nsumo Periodo	$ 108.514
puesto Alum. Publico	$ 3.255
uste Decena	$ 1
mpen. Calidad Servicio	$ - 3.034
bsidio	$ - 54.256

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	3.255
VALOR ELECTROHUILA	$	51.225

TOTAL A PAGAR

$ 54.480

ELECTRODOMÉSTICOS

AVENIO C PEND TOTAL CONV SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION C PEND TOTAL FIN SALDO FIN CUOTA

EE: Consumo Kwh $Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

3m: 270.0 Tm: 50.0 PRn,m: 61.0 Dn,m: 241.0 Rm: 35.0 Cv,m: 1
14.0 CUv,n,m: 800.9564 ($/Kwh)

CREDIVALORES

ALDO CAPITAL INT. CORRIENTE INT. MORA

14

Powered by CamScanner

seguros mundial

Accidentes personales

Protegemos tus pasos

Línea de atención

Línea nacional:
01 8000 112 684
en caso de accidente.

Conoce nuestra red médica

Página web:
www.segurosmundial.com.co

Nº Póliza:	2000513552
Tomador:	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS
Nombre de Asegurado:	YENSI YOHANNA LEIVA CASTILLO
ID Asegurado: 1079412030	**Vigencia Desde:** 2025/07/01 — **Vigencia Hasta:** 2026/02/24

Muerte Accidental $5.000.000,00 — Gastos Médicos $4.000.000,00

En caso de accidente comunícate a nuestra línea **018000112584.**
Para más información acerca de la póliza comunícate a nuestras líneas:

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

www.segurosmundial.com.co

15

Powered by CamScanner