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: DMF2 ESTRELLITAS NACIENTES 2

PARTICIPANTE: Alan Matias Bastidas Trujillo

RC X No. 1084580086



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.		N/A	
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

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.084.580.086

Indicativo Serial 59236499

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1 Y B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o la Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE NATAGA - COLOMBIA - HUILA - NATAGA

Datos del inscrito

Primer Apellido: BASTIDAS

Segundo Apellido: TRUJILLO

Nombre(s): ALAN MATIAS

Fecha de nacimiento: Año 2023 Mes ENE Día 13

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: O

Factor Rh: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o la Inspección): COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de Testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 230179102899116

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

Apellidos y nombres completos: TRUJILLO CONDE KAREN NATALIA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.084.576.054

Nacionalidad: COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos: BASTIDAS ROJAS JHON EDISSON

Documento de identificación (Clase y número): TI 1.079.408.576

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CONDE ANDRADE MARLY ESPERANZA

Documento de identificación (Clase y número): CC 26.472.461

Firma: Marly esperanza Conde

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

Año 2023 Mes ENE Día 16

Nombre y firma del funcionario que autoriza

CRISTOBAL VILLANUEVA ARAGONEZ - R

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

JHON EDINSON BASTIDA ROSAS

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

3

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 19/03/2025

Ficha: 41483007503800000082

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ALAN MATIAS

Apellidos: BASTIDAS TRUJILLO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1084580086

Municipio: Nátaga

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/05/2023

Última actualización ciudadano: 16/05/2023

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: YENI PAOLA ARIAS ANDAPIÑA

Dirección: Carrera 8 No 2 - 43

Teléfono: 3202373268

Correo Electrónico: alcaldia@nataga-huila.gov.co

Powered by CamScanner

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1084580086
NOMBRES	ALAN MATIAS
APELLIDOS	BASTIDAS TRUJILLO
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	14/01/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

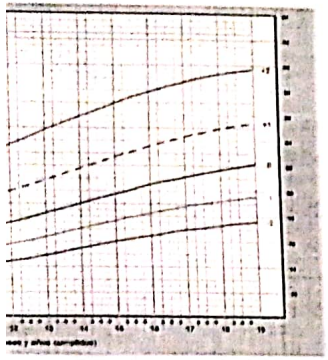
Fecha de Impresión:	03/19/2025 08:19:25	**Estación de origen:**	192.168.70.220

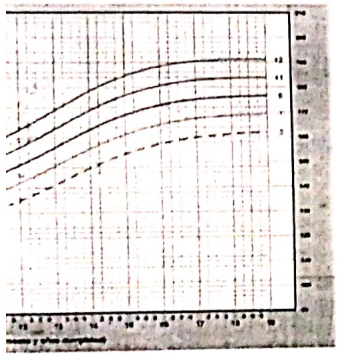
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la 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**

5

Powered by CamScanner









CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DÍA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2023	octubre.	17	llamar	✓	
2024	Enero	13	llamar.	✓	
2024	Julio	16.	llamar	✓	
2025	Enero	14	llamar	✓	
2025	Julio	16	Cit	✓	
2026	Enero		Medico		

E.S.E HOSPITAL

LUIS ANTONIO MOJICA

Nataga - Huila

... Porque su salud esta en buenas manos



CARNÉ DE SALUD MENORES DE 10 AÑOS NIÑOS

Nombre Alan Matias Bastidas T

Fecha de Nacimiento 13-04-23

Registro Civil 1084580086

Teléfono

Dirección

Barrio o Vereda Vlel teniente

Nombre Responsable del Niño
Karen Trujillo

EPS Afiliación Sanitas

Sitio de Atención ESE luis Antono Mojica

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS AGENTES SE LO RECOMIENDE

Powered by CamScanner

Peso para la Talla Niños
Puntuacion Z (0 a 2 años)

Peso para la Talla Niños
Puntuacion Z (2 a 5 años)

Talla para la Edad Niños
Puntuacion Z (0 a 2 años)

Talla para la Edad Niños
Puntuacion Z (2 a 5años)

Perimetro Cefalico Niños
Puntuacion Z (0 a 5 años)

IMC para la Edad Niños
Puntuacion Z (0 a 2 años)

IMC para la Edad Niños
Puntuacion Z (2 a 5 años)

Peso para la Edad Niños
Puntuacion Z (0 a 2 años)

Peso para la Edad Niños
Puntuacion Z (2 a 5 años)

Powered by CamScanner

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1ª entrega			
2ª entrega			
3ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL – AGUDEZA VISUAL

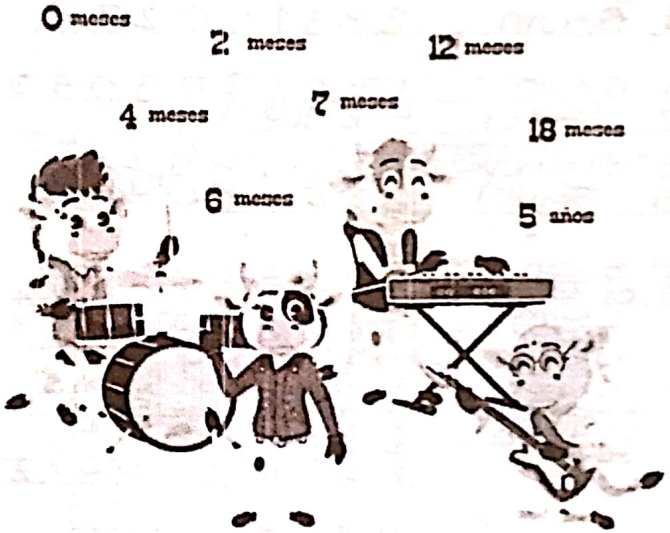
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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



Ministerio de Salud y Protección Social

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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Alan Mateo Bastidas T.
Fecha de nacimiento: 13-01-2023
Nº de certificado de nacido vivo: 2301197028997
Registro civil: 1084580086
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O Positivo.
Peso al nacer: 3650 Talla: 52cm
Dirección: Vda El Teniente
Teléfono 1: 3212919765
Teléfono 2:
Responsable: Karen. Trujillo Conde
Municipio de residencia: Nátaga
Departamento: Huila.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos:

Tipo identificación:

No. ID:

Edad	Vas protegido de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recien nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Unica	14	01	2023	Serum	037 1 MA037	HOSP				
	Hepatitis B	Primera dosis	13	01	2023	Serum	0321 QO18G	HOSP				
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1°	16	03	2023	B.Thoven	2 14 10 14A					
	Neumonía y otras enfermedades causadas por Haemophilus influenzae Tipo b (Hib)	1°	16	03	2023	Serum	28514022B	ESE				
	Hepatitis B	1°						Natagyca				
	Difteria, tosferina y tetanos (DPT)	1°										
	Diarrea por rotavirus	1°	16	03	2023	Glaxo	AROLD050AD					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia ocasionada por neumococo	1°	16	03	2023	Pfizer	FR4847					
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2°	13	03	2023	B.Thoven	21410141A					
	Neumonía y otras enfermedades causadas por Haemophilus influenzae Tipo b (Hib)	2°	13	05	2023	Serum	28514022B					
	Hepatitis B	2°										
	Difteria, tosferina y tetanos (DPT)	2°										
	Diarrea por rotavirus	2°	13	05	2023	Glaxo	AR02005OAD					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia ocasionada por neumococo	2°	13	05	2023	Pfizer	FR4897					
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3°	16	09	2023	B.Thoven	AZ0141 12A					
	Neumonía y otras enfermedades causadas por Haemophilus influenzae Tipo b (Hib)	3°	15	09	2023	Serum	285 1X0400	ESE				
	Hepatitis B	3°						Natagya				
	Difteria, tosferina y tetanos (DPT)	3°										
	Influenza estacional	1°	15	09	2023	Green Cross	VJ0523004	Natagya				
9 meses	Influenza estacional	2°	12	08	2023	Green Cross	VJ0523004	ESE Natagya				
12 meses	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1°	16	01	24	Serum	013W0720					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia ocasionada por neumococo	Refuerzo	16	01	24	Pfizer	FY9925					
	Varicela	2°	16	01	24	Merck	K01917 9	ESE Natagya				
	Hepatitis A	Unica	16	01	24	Sinovac	2022010 05					
	Influenza estacional	Anual	13	07	24	Bucalan	2400715					
18 meses	Poliomielitis (VIP X VOPB)	1° refuerzo	13	07	24	B.Thoven	223900 2A	ESE				
	Difteria, tosferina y tetanos (DPT) Pediacel	1° refuerzo	13	07	24	Serum	2B52401 1E	Natagya				
	Fiebre amarilla	Unica	13	07	24	Sanofi	2 3 1 U FC 00 FZ					
5 años	Poliomielitis (VIP ___ VOPB ___)	2° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tetanos (DPT)	2° refuerzo										
	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	2°	13	07	24	Serum	013W004A	ESE Natagya	Sanofi			
	Varicela	Refuerzo										
Niños a partir de los 5 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1°										
		2°										
Vacunas complementarias y otras dosis	Ecoplan-Rubeola	3° R	10	8	24	Fabricante	0122W108	ESE Natagya				Silvia Alvarez

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

Lactancia materna exclusiva Si No

Lactancia materna exclusiva Si No

Lactancia materna exclusiva Si No

Enfermera Resolución 24...

Enfermera Resolución 24...

Enfermera Resolución 24...

Powered by CamScanner

E.S.E. Hospital Luis Antonio Mojica
Nátaga - Huila
Nit: 813.011.465-8
Salud con calidad y Calidez para todos.

CARNÉ DE CITAS

Programas

Planificación Familiar [ ]

Odontología / Higiene Oral [X]

Otros. [ ]

Cual: _____

Nombre y Apellidos: ALAN MATIAS BASTIDAS TRUJILLO

Historia Clínica: 1084880086

Fecha de Nac.: 13-Enero-2023

E.P.S: SANITAS

Dir: V/ EL TENIENTE

Tel: 3204711951

Comuniquese con Nosotros

10

Powered by CamScanner

CITA DE CONTROLES

Motivo	Dia	Mes	Año	A.	N.A	Observaciones
odontologia	16	7	25	✓		Gisell Baya [illegible] CG [illegible] 100157
Higiene oral	16	7	25	✓		Ada [illegible] Cruz
Higien oral	17	12	25			

No olvidar traer este carnet todas las veces que asista a control con Medicina, Odontología y Enfermería. Al solicitar citas sera exigido.

Powered by CamScanner

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

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS Estrellitas Nacientes2 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): Alan Matias Bastidas con RC No 1084580086 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 Marzo del año 2025, en el Municipio de Tesalia.

Karen Natalia Trujillo C.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Sandra P. 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 Ana Mollas Bastidas, identificado (a) con documento de identidad número 1084568086 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	V

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Karen Natalia Trujillo, quien suscribe el presente documento, 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	

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 Educación Inicial en el hogar.

Suscriben:

Firma: Karen Natalia Trujillo C.
Nombre: Karen Natalia Trujillo
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 6 de Marzo de 2025
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.

Powered by CamScanner

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Karen Natalia Trujillo Conde, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1084576054 de Nataga, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Alan Matias Bastidas Trujillo, identificados con NUIP No. 1084 580086, usuario de la unidad de servicio _____, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Tesalia Huila, a los 21 días del mes Marzo de 2025

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

Nombre: Karen Natalia Trujillo Conde

Firma: Karen Trujillo

CC. No. 1084576054

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Sandra Patricia Brand

Firma: Sandra P. Brand

CC. No. 26471459

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 Karen Natalia Trujillo Conde identificado con la cédula de ciudadania N° 1084576054 expedida en Natago como padre de familia y/o cuidador del niño o niña Alan Matias Bastidas T. con RC 1084580086 manifiesto que de manera voluntaria acepto y me adscribo al pacto de convivencia que hemos socializado y construido de manera conjunta en la UDS ESTRELLITAS NACIENTES 2 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 6 del mes Mar 20 del año 2025 en el municipio de TESALIA con la firma de las partes que en el intervienen

Karen Natalia Trujillo C. _____

Padre de familia o usuario Docente de la UDS

Idhana A. Bonilla
Auxiliar Pedagógica de la UDS






Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.084.576.054
TRUJILLO CONDE

APELLIDOS
KAREN NATALIA

NOMBRES

Karen Natalia Trujillo Conde

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-FEB-2004
NATAGA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

21-FEB-2022 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1905000-01298349-F-1084576054-20220515 0079396475G 1 8504182545

Powered by CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

83.253.750
TRUJILLO MEDINA

NELSON

Nelson Trujillo M.

FIRMA

Powered by CamScanner

ElectroHuila
NIT. 891.180.001-1

SU CODIGO CUENTA NIU
293215066

FACTURA DE VENTA No. 70500828

TOTAL A PAGAR
$ 66.220

FECHA : JUEVES 26/OCT/2023
FECHA EXP. 11-OCT-2023
LECTURADO 04-DIC-2023
FECHA SUSPENSIÓN 28-DIC-2023

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	ARBEY AYALA ARCHILA Y OTROS	Nit CC	83253804
Dirección	VDA PALMITO	Ruta	6080540380
Pueblo	TESALIA	Ciclo	094
Servicio	Residencial	Estrato	2

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6560087
Carga Contratada	432	Nombre	
Grupo	4	Alumbrado	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Medidor	Marca	T.E	T.M	Dig	Lec Actual	Lec Ante	Factor	Consumo (kwh)
53610	KRI	A	S	88	18484	18340	1	144

Promedio Cuenta $6 Consumo Año Anterior $2 Consumo Anterior $2

ULTIMOS CONSUMOS



Mes Consumo	
NOV	144
SEP	61
JUL	73
MAY	65
MAR	60
ENE	84
NOV	92

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU:50 DIU:87.76418MC:0
EC:0 VC:0 VCD:0
ACF:0 CEC:0
Valor Consumo:

ULTIMO PAGO

Fecha 03/11/2023
Valor $ 27438

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
72.0	874.911	62734
72.0	891.4503	64616

CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)

Valor Total Energía del Periodo	$	127.350
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 63.675
Valor Total Energía Facturado	$	63.675

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO PERIODO	$ 127.350
IMPUESTO AL M. PUBLICO	$ 2.547
AJUSTE DEC 4A	$ - 2
SUBSIDIO	$ - 63.675

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	2.547
VALOR ELECTROHUILA	$	63.673

TOTAL A PAGAR
$ 66.220

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

POES: Consumo Kwh $/Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

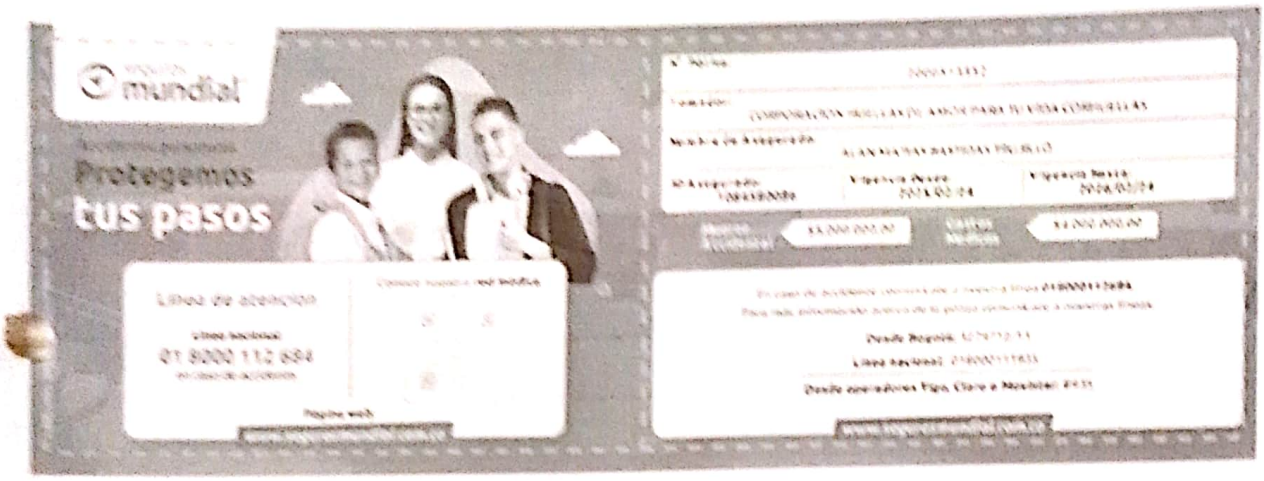
Gm: 376.0 Tm: 42 0 PRn,m: 77.0 Dn,m: 263.0 Rm: -2.0 Cv,m: 1
22.0 CUv,n,m: 89. 4503 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT.CORRIENTE	INT.MORA

ElectroHuila

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner