

|                                                                                                                   |                                                               |                                                      |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------|
|  Huellas de Amor<br>Para Tu Vida | CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA<br>Nit 900.192.801-0 |                                                      | CÓDIGO:<br>AG-DC-018 |
|                                                                                                                   | Fecha de elaboración:<br>24 de febrero del 2024               | Fecha última modificación:<br>24 de febrero del 2025 | Versión: 1           |

**LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS NIÑO/A PARTICIPANTES DE LA  
MODALIDAD EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR**

UDS DMF2 Estimulación y Hue

PARTICIPANTE: Matteo Trujillo Paredes

RC No. 1079413806



| 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 | ✓        |    |            |

|                                                                                                                           |                                                                      |                                                             |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|  <b>Huellas de Amor<br/>Para Tu Vida</b> | <b>CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA</b><br>Nit 900.192.801-0 |                                                             | <b>CÓDIGO:</b><br>AG-DC-018 |
|                                                                                                                           | <b>Fecha de elaboración:</b><br>24 de febrero del 2024               | <b>Fecha última modificación:</b><br>24 de febrero del 2025 | <b>Versión:</b> 1           |

|                                                                                         |                                      |                                                      |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------|--|--|--|
| 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         |  |  |  |



Registro válido

Fecha de consulta:

18/03/2023

Ficha:

41797006539800000136

B5

Pobreza moderada

## DATOS PERSONALES

Nombres: MATTEO

Apellidos: TRUJILLO PAREDES

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413806

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

## INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

29/07/2019

Última actualización ciudadano:

11/09/2024

Última actualización vía registros administrativos:

\*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben 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



## 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 | 1079413806       |
| NOMBRES                  | MATTEO           |
| APELLIDOS                | TRUJILLO PAREDES |
| 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. -CM | SUBSIDIADO | 31/05/2024                   | 31/12/2999                          | BENEFICIARIO     |

Fecha de Impresión: 03/19/2025 10:00:21 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**,



## MIS DATOS

Mi nombre completo es:

Mateo Trujillo Paredes.

Nací en:

la Plata.

El día

30

del Mes

05

del Año

2024.

Mi peso fue

3145

Mi talla fue

49cm

Mi tipo y grupo sanguíneo es:

"A" +

Mi resultado de TSH fue:

(-)

Mi número de Registro Civil es:

1079413806

Cuando nací, ¿Quedé hospitalizado?

Si

☐

No

☒

¿Porqué?

NO

Mi EPS es:

Sanitas.

Mi mamá se llama:

Luz Paredes

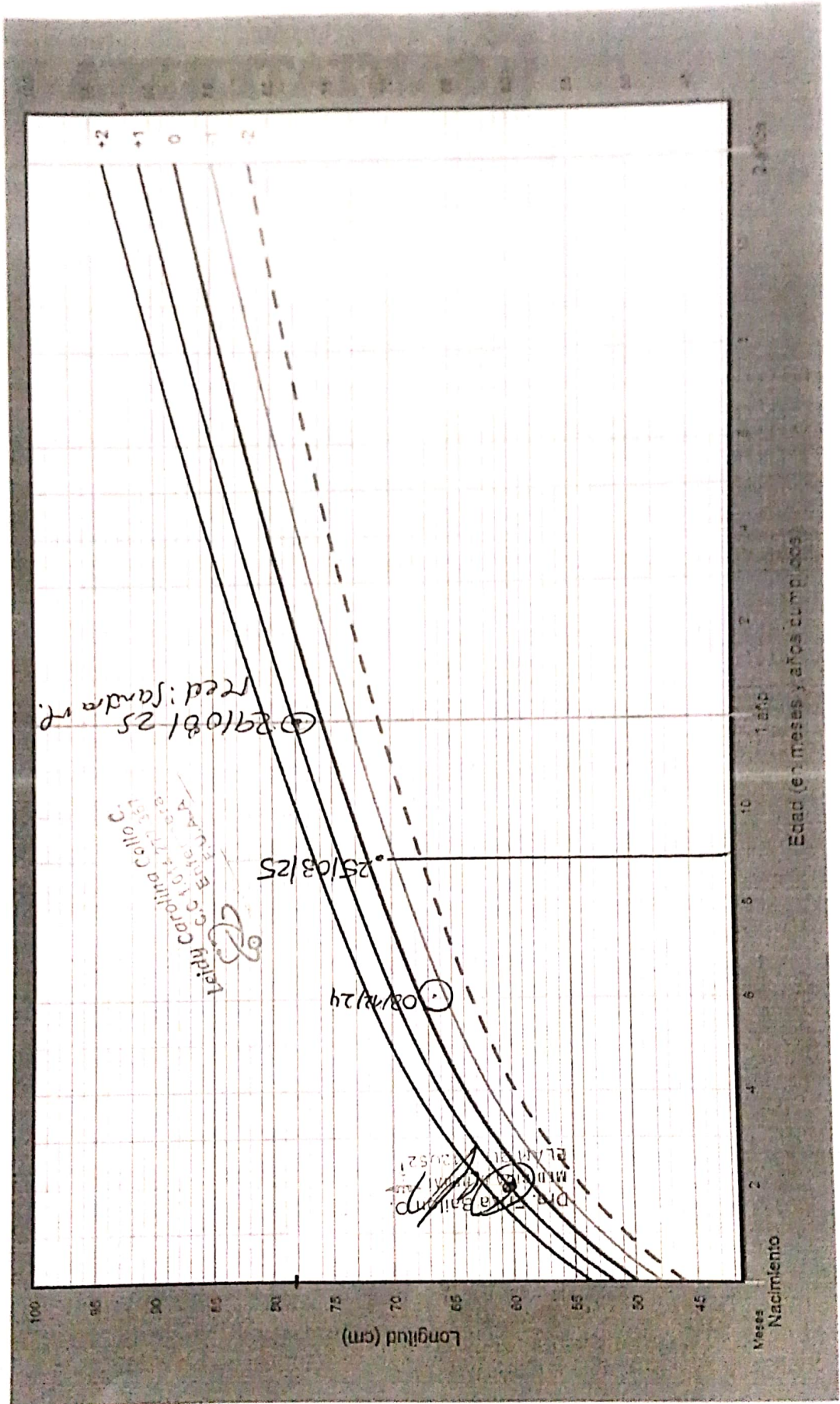
Tel:

Mi papá se llama:

Tel:

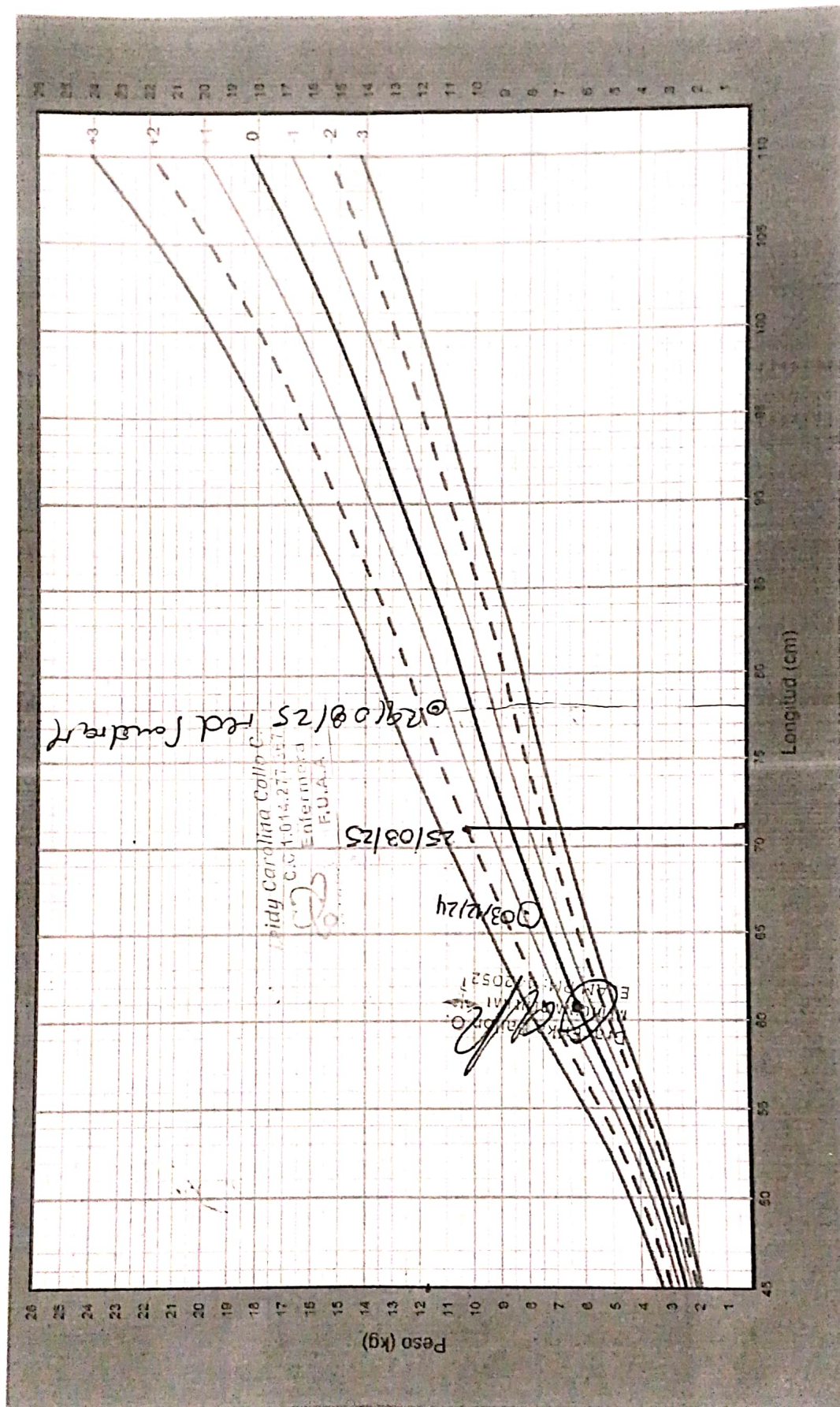


# Talla para la Edad Niños - 0 a 2 años

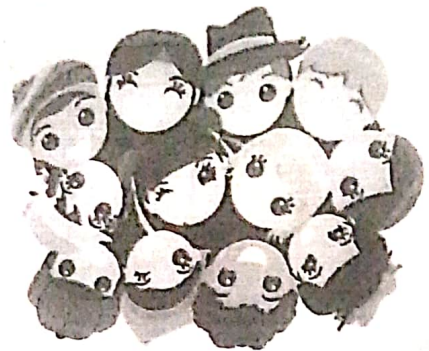




# Peso para la Talla Niños - 0 a 2 años



# Carné de Salud Infantil



## 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                                          |
|-------------------|---------|--------|-------|--------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------|
| 16/08/2024        | 2 meses | 6.8kg  | 61cm  | PC=43cm<br>PB=16cm | Noviembre 2024  | Dr. Erika Bailon O.<br>MEDICINA INFANTIL<br>E.L.A.M. P.R. 100521 |
| 03/12/24          | 6 meses | 8.7kg  | 66cm  | PC=46cm<br>PB=16cm | 4/03/25         | Dr. Andrea<br>Enfermera<br>Daneba                                |
| 25/03/25          | 9 meses | 10.5kg | 71cm  | PC=46cm<br>PB=15cm | 30/05/25        | Laidy Carolina C.<br>C.O. 1014 277 337<br>Enfermera<br>P.U.A.A.  |
|                   |         |        |       |                    |                 |                                                                  |
|                   |         |        |       |                    |                 |                                                                  |
|                   |         |        |       |                    |                 |                                                                  |
|                   |         |        |       |                    |                 |                                                                  |

Observaciones: \_\_\_\_\_

Interconsultas: \_\_\_\_\_

|                                                                                                                      |                                                               |                                                      |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------|
| <br>Huellas de Amor<br>Para tu Vida | CORPORACIÓN HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA<br>NIH 900.192.801-0 |                                                      | CÓDIGO:<br>AG-DC-018 |
|                                                                                                                      | Fecha de elaboración:<br>24 de febrero del 2024               | Fecha última modificación:<br>24 de febrero del 2025 | Versión: 1           |

## ACTA DE COMPROMISO CON PADRES O CUIDADORES DE DOCUMENTOS FALTANTES Y/O DESACTUALIZADOS

Tesalia, Huila 16 de Julio de 2025

Yo Liceth Dayana Paredes M identificado (a) con Cedula y/o Tarjeta de Identidad N° 1079412294 padre/madre y/o acudiente del niño/niña Matteo Trujillo Paredes con RC 1079413806 participante de la UDS Estimulación y Huellas de la Modalidad Familiar y Comunitaria del servicio Educación Inicial en el Hogar, doy fe que desde el momento que solicite el cupo en la Modalidad Educación Inicial en el Hogar se me informó de manera clara los compromisos que se adquieren al participar de los programas de Primera Infancia, me comprometí a realizar todos los trámites necesarios para garantizar los derechos en salud de mi hijo.

Me comprometo a tener y a garantizar la entrega de copia del documento faltante: **(Marcar con una X el o los documentos faltantes)**

- Afiliación a salud ☐
- Carné vacunas ☐
- Valoración integral ☒
- Documento identidad ☐
- Higiene oral ☐

Estando en mutuo acuerdo firman el acta de compromiso las dos partes comprometiéndose el padre/madre y/o acudiente a entregar los documentos faltantes con un plazo máximo el día 30 del mes Julio del año 2025

En constancia firman,

Sandro P Brand

Firma del Agente educativo

Dayana Mejia

Firma del Padre/Madre y/o acudiente

|                                                                                                                           |                                                                      |                                                             |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|  <b>Huellas de Amor<br/>Para tu Vida</b> | <b>CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA</b><br>Nit 900.192.801-0 |                                                             | <b>CÓDIGO:</b><br>AG-DC-018 |
|                                                                                                                           | <b>Fecha de elaboración:</b><br>24 de febrero del 2024               | <b>Fecha última modificación:</b><br>24 de febrero del 2025 | <b>Versión:</b> 1           |

## ACTA DE COMPROMISO CON PADRES O CUIDADORES DE DOCUMENTOS FALTANTES Y/O DESACTUALIZADOS

Tesalia, Huila 16 - 08 - 2025 2025

Yo Liceth Dayana Paredes identificado (a) con Cedula y/o Tarjeta de  
 Identidad N° 409412294 padre/madre y/o  
 acudiente del niño/niña Mateo Trujillo Paredes con  
 RC 1679413806 participante de la UDS Estimulación y Huellas de  
 la Modalidad Familiar y Comunitaria del servicio Educación Inicial en el Hogar, doy fe que  
 desde el momento que solicite el cupo en la Modalidad Educación Inicial en el Hogar se me  
 informó de manera clara los compromisos que se adquieren al participar de los programas  
 de Primera Infancia, me comprometí a realizar todos los trámites necesarios para garantizar  
 los derechos en salud de mi hijo.

Me comprometo a tener y a garantizar la entrega de copia del documento faltante: **(Marcar con una X el o los documentos faltantes)**

- Afiliación a salud ☐
- Carné vacunas ☐
- Valoración integral ☒
- Documento identidad ☐
- Higiene oral ☐

Estando en mutuo acuerdo firman el acta de compromiso las dos partes comprometiéndose el padre/madre y/o acudiente a entregar los documentos faltantes con un plazo máximo el día 20 del mes 08 del año 2025.

En constancia firman,

Sandra P. Prieto

Firma del Agente educativo

Dayana Paredes

Firma del Padre/Madre y/o acudiente



Apellidos:

de identificación

No. ID:

| Me protege de                                                                    | Dosis         | Fecha de aplicación |     | Laboratorio | Número de lote |     | IPS vacunadora | Fecha próxima cita |     | Nombres y apellidos del vacunador |      |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------|-----|-------------|----------------|-----|----------------|--------------------|-----|-----------------------------------|------|
|                                                                                  |               | Día                 | Mes |             | Año            | Día |                | Mes                | Año |                                   |      |
| Tuberculosis meningea (BCG)                                                      | Única         | 30                  | 05  | 2014        | 0              | 3   | 2              | 11.05.14           | 30  | 01                                | 2014 |
| Hepatitis B                                                                      | Recién nacido | 30                  | 05  | 2014        | 0              | 3   | 2              | 11.05.14           | 30  | 01                                | 2014 |
| Poliomielitis (VIP)                                                              | 1ª            | 31                  | 07  | 24          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| Leñingitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 1ª            | 31                  | 07  | 24          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| Hepatitis B                                                                      | 1ª            | 31                  | 07  | 24          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| Difteria, Tétanos, Tosferina                                                     | 1ª            | 31                  | 07  | 24          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| Diarea por rotavirus                                                             | 1ª            | 31                  | 07  | 24          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| Neumonía, otitis, Meningitis y :teremia causada por Neumococo                    | 1ª            | 31                  | 07  | 24          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| PCV 10 <input type="checkbox"/> PCV 13 <input type="checkbox"/>                  |               |                     |     |             |                |     |                |                    |     |                                   |      |
| Poliomielitis (VIP)                                                              | 2ª            | 05                  | 10  | 24          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| Leñingitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 2ª            | 05                  | 10  | 24          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| Hepatitis B                                                                      | 2ª            | 05                  | 10  | 24          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| Difteria, Tétanos, Tosferina                                                     | 2ª            | 05                  | 10  | 24          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| Diarea por rotavirus                                                             | 2ª            | 05                  | 10  | 24          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| Neumonía, otitis, Meningitis y :teremia causada por Neumococo                    | 2ª            | 05                  | 10  | 24          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| PCV 10 <input type="checkbox"/> PCV 13 <input type="checkbox"/>                  |               |                     |     |             |                |     |                |                    |     |                                   |      |
| Poliomielitis (VIP)                                                              | 3ª            | 05                  | 12  | 24          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| Leñingitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 3ª            | 05                  | 12  | 24          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| Hepatitis B                                                                      | 3ª            | 05                  | 12  | 24          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| Difteria, Tétanos, Tosferina                                                     | 3ª            | 05                  | 12  | 24          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| Influenza estacional                                                             | 1ª            | 05                  | 12  | 24          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| Influenza estacional                                                             | 2ª            | 07                  | 01  | 25          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| amplión, rubéola y parotiditis (SRP)                                             | 1ª            | 12                  | 06  | 25          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| Neumonía, otitis, Meningitis y :teremia causada por Neumococo                    | Refuerzo      | 12                  | 06  | 25          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| PCV 10 <input type="checkbox"/> PCV 13 <input type="checkbox"/>                  |               |                     |     |             |                |     |                |                    |     |                                   |      |
| Varicela                                                                         | Única         | 12                  | 06  | 25          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| Hepatitis A                                                                      | Única         | 12                  | 06  | 25          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| *Influenza estacional                                                            | Anual         | 12                  | 06  | 25          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| Poliomielitis (VIP)                                                              | 1er Refuerzo  | 12                  | 06  | 25          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| Difteria, Tosferina y Tétano                                                     | 1er Refuerzo  | 12                  | 06  | 25          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| DPT <input type="checkbox"/> Pentavalente <input type="checkbox"/>               |               |                     |     |             |                |     |                |                    |     |                                   |      |
| **Fiebre Amarilla                                                                | Única         | 12                  | 06  | 25          | 2              | 2   | 3              | 09                 | 02  |                                   |      |
| amplión, rubéola y parotiditis (SRP)                                             | 2ª            |                     |     |             |                |     |                |                    |     |                                   |      |
| oliomielitis (VIP) <input type="checkbox"/> (VOPb) <input type="checkbox"/>      | 2do Refuerzo  |                     |     |             |                |     |                |                    |     |                                   |      |
| Difteria, Tétanos, Tosferina                                                     | 2do Refuerzo  |                     |     |             |                |     |                |                    |     |                                   |      |
| Varicela                                                                         | Refuerzo      |                     |     |             |                |     |                |                    |     |                                   |      |
| irus del papiloma humano (VPH)                                                   | 1ª            |                     |     |             |                |     |                |                    |     |                                   |      |
|                                                                                  | 2ª            |                     |     |             |                |     |                |                    |     |                                   |      |
|                                                                                  | 3ª            |                     |     |             |                |     |                |                    |     |                                   |      |
|                                                                                  | 1ª            |                     |     |             |                |     |                |                    |     |                                   |      |

|                                                                                                                           |                                                                      |                                                             |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|  <b>Huellas de Amor<br/>Para tu Vida</b> | <b>CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA</b><br>Nit 900.192.801-0 |                                                             | <b>CÓDIGO:</b><br>AG-DC-018 |
|                                                                                                                           | <b>Fecha de elaboración:</b><br>24 de febrero del 2024               | <b>Fecha última modificación:</b><br>24 de febrero del 2025 | <b>Versión:</b> 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): Matteo Trujillo Paredes con RC No 1079413588 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.

|                                                                                                                           |                                                                      |                                                             |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|  <b>Huellas de Amor<br/>Para Tu Vida</b> | <b>CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA</b><br>Nit 900.192.801-0 |                                                             | <b>CÓDIGO:</b><br>AG-DC-018 |
|                                                                                                                           | <b>Fecha de elaboración:</b><br>24 de febrero del 2024               | <b>Fecha última modificación:</b><br>24 de febrero del 2025 | <b>Versión:</b> 1           |

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 7 del mes Marzo del año 2025, en el Municipio de Tesalia (H).

Doyano Mejia  
 PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Sandra P. Brand  
 AGENTE EDUCATIVA



PROCESO  
COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA

FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN

F3 P3 CE

15/07/2021

Versión 4

Página 1 de 1

**Autorización - Uso de la imagen de menor de edad:**

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Matteo Trujillo Paredes, identificado (a) con documento de identidad número 10194135533, 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, autoriza 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, Dayano Mejia, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 10194132274, 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, autoriza 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](http://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: [atencionalcidadano@icbf.gov.co](mailto:atencionalcidadano@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 hiciera 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 Corhuellos, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Exadon Inicial en el hogar

**Suscriben:**

Firma: Dayano Mejia  
Nombre: Juan Dayano Paredes M.  
Calidad - Titular: ☒ Representante legal: ☐  
Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_  
Fecha: 7 Marzo de 2025  
Municipio: Tesalia (H)

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

Cualquier copia impresa de este documento no contendrá datos CORRIENTE 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

|                                                                                   |                                                                                                                       |             |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|
|  | <b>PROCESO</b><br><b>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</b><br><b>FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.</b> | F17.MO12.PP | 11/05/2018    |
|                                                                                   |                                                                                                                       | Versión 2   | Página 1 de 1 |

### FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Liceth Dayana Paredes Mejia, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1079412294 de Tesalia (H), padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Mattro Trujillo Paredes, identificados con NUIP No. 1079413806, usuario de la unidad de servicio Estimulación y Huellos, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

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

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

Nombre: Liceth Dayana Paredes Mejia

Firma: Dayana Mejia

CC. No. 1079412294

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Sandra Patricia Brand

Firma: Sandra P. Brand

CC. No. 26-471-495

**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

|                                                                                                                           |                                                                      |                                                             |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|  <b>Huellas de Amor<br/>Para Tu Vida</b> | <b>CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA</b><br>Nit 900.192.801-0 |                                                             | <b>CÓDIGO:</b><br>AG-DC-018 |
|                                                                                                                           | <b>Fecha de elaboración:</b><br>24 de febrero del 2024               | <b>Fecha última modificación:</b><br>24 de febrero del 2025 | <b>Versión:</b> 1           |

### FORMALIZACION DEL PACTO DE CONVIVENCIA

Yo Lireth Dayana Paredes Mejia, identificado con la  
 cédula de ciudadanía N° 1079412294 expedida en Tesalia,  
 como padre de familia y/o cuidador del niño o  
 niña Matteo Trujillo P. con RC 1079413588.

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 ESTABLECIDOS SE 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 7 del mes Marzo del año  
2025 en el municipio de TESALIA con la firma de las partes que en el intervienen

Dayana Mejia

Padre de familia o usuario

Sandra P. Brond

Docente de la UDS

Johana A.B.  
 Auxiliar Pedagógica de la UDS



11

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.079.412.294**

**PAREDES MEJIA**

APELLIDOS  
**LICETH DAYANNA**

NOMBRES

*Dayana Mejia*  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **18-AGO-1997**

**LA PLATA**  
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.63** **A+**

ESTATURA G S. RH

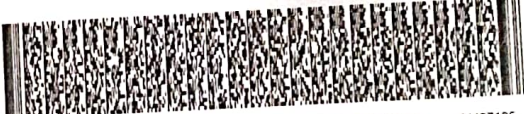
**03-FEB-2016 TESALIA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

SEXO **F**

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1902500-00814215-F-1079412294-20160414 0049345453A 1 44427185

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.079.409.457

TRUJILLO CUELLAR

APELLIDOS

EDINSON JAVIER

NOMBRES

*Edinson Javier Trujillo*  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-SEP-1989

TESALIA  
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA O+ G S RH M SEXO

28-ENE-2010 TESALIA  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS AVEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1902500-00216517-M 1079409457-20100220 0021109894A 1 35603347

# ElectroHuila

Transmisión Buena Energía  
Electrificadora del Huila S.A. ESP  
NIT. 891.140.001

Sr(a) : CARLOS ASCENCIO TRUJILLO CUELLAR

c.c. / Nit: 7717644

K 8 8 04

Municipio: 797 TESALIA

HUILA

Ruta: 47970023270

Dirección Postal:

Ciclo: 71 Sector: 2-LIBRE 2 TESALIA

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU

767281901

PARTICIPACIÓN EN EL PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.

80087162

Fecha De Emisión

17/01/2024

| Período: | Período Facturado: | Pago Total: | Pago Mínimo: | Períodos Vencidos: |
|----------|--------------------|-------------|--------------|--------------------|
|----------|--------------------|-------------|--------------|--------------------|

1/ 2024

14/12/23-13/01/24

\$55,610

\$55,610

1 meses

### Clase de Servicio

Residencial

Nivel Tensión: 1-Secundaria

Tipo Liqui.: lectura

Estrato 1-Bajo Bajo

Carga Instalada: 45 W

Zona OCCIDENTE

Nodo: T19001-PCNP

|                        |          |
|------------------------|----------|
| Costo de Distribución  | 378.64   |
| Costo de Energía       | 46.25    |
| Costo de Mantenimiento | 261.68   |
| Costo de Materiales    | 2.47     |
| Costo de Personal      | 77.12    |
| Costo de Reparación    | 115.74   |
| Costo de Transporte    | 881.9    |
| Tarifa Aplicada        | 978.2208 |

### Consumo

| Contador | Marca | TM | OBSERVACION | Lectura Actual | Lectura Anterior | FM | Consumo |
|----------|-------|----|-------------|----------------|------------------|----|---------|
|----------|-------|----|-------------|----------------|------------------|----|---------|

1-81782545 ISK A-S 0-Toma exitosa de Lectura

7198

7131

1

67

|                             |       |
|-----------------------------|-------|
| Nodo T19001 Grupo Calida 21 | 0     |
| Horas a compensar           | 0     |
| Compensación por evento     | 0     |
| Meta Calidad opr Duración   | 62.37 |
| Meta calidad por eventos    | 21    |
| Eventos acumulados año      | 31    |
| Duración acumulador año     | 19.26 |
| Consumo a compensar         | 0     |
| Cargo distribución          | 276.5 |

### Conceptos ElectroHuila

| Concepto | Descripción | Valor |
|----------|-------------|-------|
|----------|-------------|-------|

|     |                       |          |
|-----|-----------------------|----------|
| 0   | Deuda Capital         | 25.133   |
| 1   | Deuda Interes Capital | 17       |
| 21  | Consumo Periodo       | 65.541   |
| 110 | Interes moratorio     | 125      |
| 607 | Ajuste Decena         | 2        |
| 995 | Subsidio              | <39,325> |

### Últimos Consumos

| Año | Mes | Consumo |
|-----|-----|---------|
|-----|-----|---------|

|      |    |    |
|------|----|----|
| 2023 | 12 | 70 |
| 2023 | 11 | 60 |
| 2023 | 10 | 75 |
| 2023 | 9  | 60 |
| 2023 | 8  | 39 |
| 2023 | 7  | 29 |

Promedio Cuenta

55

Consumo Año Anterior

46

### Liquidación de Consumo

| Medi | Desde | Hasta | Consumo | Valor |
|------|-------|-------|---------|-------|
|------|-------|-------|---------|-------|

|   |   |     |     |          |
|---|---|-----|-----|----------|
| 1 | 1 | 173 | 670 | 391 2883 |
|---|---|-----|-----|----------|

Valor

\$26.215

|                              |       |
|------------------------------|-------|
| Nodo 6580368 Grupo Calida 21 | 0     |
| Horas a compensar            | 0     |
| Compensación por evento      | 0     |
| Meta Calidad opr Duración    | 62.37 |
| Meta calidad por eventos     | 21    |
| Eventos acumulados año       | 36    |
| Duración acumulador año      | 34.81 |
| Consumo a compensar          | 78.0  |
| Cargo distribución           | 257.0 |

### Financiación ElectroHuila

| Descripción | Cuot Pend | Cuota Mes | Saldo Total |
|-------------|-----------|-----------|-------------|
|-------------|-----------|-----------|-------------|

Total cuota Financiación 0

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 Superintendencia, 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

Tasa de Interés

0.00 %

### FOES

Kwh

\$22,600

\$/Kwh

30/11/2023

Total

Emitida Por:

HDEVIA

N Fact

Pag: 5522

REPRESENTANTE LEGAL  
DECRETO 2150 DE 1995

### Línea de transparencia

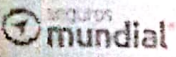
Reporta en la línea de transparencia todos los presuntos actos de soborno, corrupción o comportamientos indebidos de nuestros trabajadores y/o contratistas.  
Línea gratuita: 018000 117765  
Como: electrohuila@lineatransparencia.com  
Accede directamente escaneando el Código QR



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



(415)7707274499679(8020)0767281901(3900)000055610(96)20240125



Protegemos tus pasos



**Línea de atención**

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

Página web:  
[www.segurosmondial.com.co](http://www.segurosmondial.com.co)

**Conoce nuestra red médica**



N° Póliza: 2000513552

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: MATTEO TRUJILLO PAREDES

ID Asegurado: 1079411806

Vigencia Desde: 2025/03/14

Vigencia Hasta: 2026/02/24

Muerte Accidental: \$5.000.000.00

Gastos Médicos: \$4.000.000.00

En caso de accidente comuníquese a nuestra línea 018000112684.  
Para más información acerca de la póliza comuníquese a nuestras líneas.

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111915

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

[www.segurosmondial.com.co](http://www.segurosmondial.com.co)