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

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

UDS: DE LA MANO FAMILIAR 2 LA FRATERNIDAD

PARTICIPANTE: JEREMY ALEXIS SANCHEZ ANDRADE

RC X **No.** 1076928271



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			
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			

Scanned with CamScanner

En Colombia, todas y todos trabajamos juntos para que crezca la Generación de La Paz.

Información de usuario

Seleccione:

- (●) Niño/a entre 0 y menor de 5 años
- ( ) Gestante

Tipo de documento *: Registro Civil

Número documento*: 1076928271

Primer nombre*: JEREMY

Otros nombres: ALEXIS

Primer apellido*: SANCHEZ

Otros apellidos: ANDRADE

Fecha de nacimiento *: 25 de abril de 2024

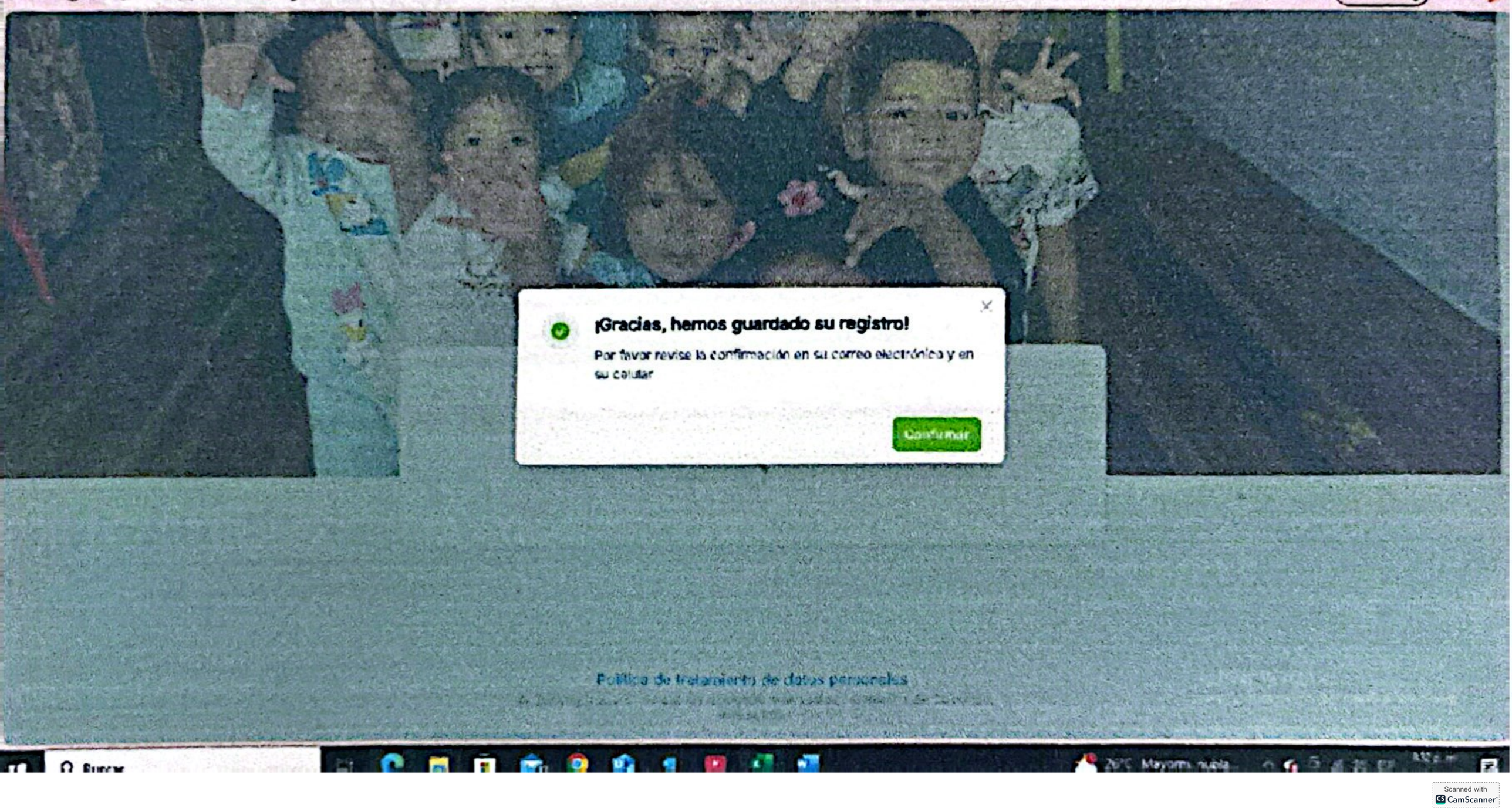
Autoreconocimiento Étnico *: NO SE AUTORRECONOCE EN NINGU...

Presenta discapacidad?*

- ( ) Si
- (●) No

Tiene reconocimiento como:

- [ ] Migrante
- [ ] Firmante de Paz
- [ ] Campesinado
- [ ] Victima del conflicto armado



Política de tratamiento de datos personales

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1076928271 — **Indicativo Serial** 62560474

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** K 5 W

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

COLOMBIA - HUILA - NEIVA NOTARIA 3 NEIVA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANCHEZ	ANDRADE

Nombre(s): JEREMY ALEXIS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes ABR Día 25	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección)

COLOMBIA - HUILA - NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	24049610948916

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

Apellidos y nombres completos: ANDRADE EPIA KAREN TATIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1004074683	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ GUARACA HENNER ALEXIS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1003829193	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ANDRADE EPIA KAREN TATIANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1004074683	Karen T. Andrade Epia

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2024 Mes MAY Día 10	LUZ SUAZA CEDEÑO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	LUZ SUAZA CEDEÑO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

~~OTRO.LIBRO DE VARIOS TOMO 72 FOLIO 216;10/05/2024~~

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Cadena s.a.

LA SUSCRITA NOTARIA TERCERA ENCARGADA DEL CÍRCULO DE NEIVA CERTIFICA QUE EL PRESENTE REGISTRO ES FOTOCOPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 115 DECRETO 1260 DE 1970. ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE
NEIVA, HUILA LA NOTARIA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA — LUZ SUAZA CEDEÑO — NOTARIA TERCERA (E) DEL CIRCULO DE NEIVA

NOTARIA TERCERA (E) DEL CIRCULO DE NEIVA

Notaria Encargada
No 01783 de 2024 de la
Superintendencia de Notariado y Registro

10 MAY 2024

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 20/02/2025

Ficha: 41797003539900000104

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JEREMY ALEXIS

Apellidos: SANCHEZ ANDRADE

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1076928271

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/09/2019

Última actualización ciudadano: 06/06/2024

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: SANDRA XIMENA TIERRADENTRO CANO

Dirección: Carrera 6 No 6 - 11

Teléfono: 8377022 - 3235134593

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

Scanned with 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	1076928271
NOMBRES	JEREMY ALEXIS
APELLIDOS	SANCHEZ ANDRADE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	TESALIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. - CM	SUBSIDIADO	25/04/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/20/2025 13:32:11	**Estación de origen:**	192.168.70.220

Scanned with CamScanner

FOTO DE LA NIÑA

YO SOY

NOMBRE Y APELLIDOS: Jeremy Alexis Sanchez Andrade.

Fecha de Nacimiento:

25	04	2024
Día	Mes	Año

T. Sangre: O (+) Positivo.

Identificación: 1076928271.

Nombre de mi mamá: Karen Andrade Ocupación Ama de casa.

Nombre de mi papá: Alexis Sanchez Ocupación Agricultor.

Dirección: Vereda la cabaña. Tel o Cel: 3002022044

DATOS PERSONALES DE REGISTRO DE CRECIMIENTO

Información de Nacimiento

Fecha de Nacimiento: Día | Mes | Año

Recién Nacido:

Pretermino ☐ Atermino ☐ Edad gestional ☐

Embarazo: Único ☐ Multiple: ☐ No. de Gestaciónes ☐

Lugar que ocupa entre los hermanos ☐

Peso 3080 Grs Talla 51 cms Perímetro Cefálico ☐ cms

Tiene hermano menor: si ☐ no ☐ Fecha de Nacimiento: ☐

TUS NIÑOS TIENEN

EDUCACIÓN GRATUITA

- Nombre - Nacionalidad
- Protección - Amor
- Comprensión - Recreo
- Alimentación - Vivienda
- Atención médica
- Familia



CITAS PROGRAM

AÑO	MES	DÍA	HORA
2024	07	22	Enfermera.
2024	10	7	Medico.
2024			Enfermera
2025	03		Enfermera
2025	09		Medico

desde muy pequeño entiendo que estas jugando sonidos de animales, haces gestos, cuando tomas y los escondes y lo apareces nuevamente.

me veas llorar, acaríciame pues tus manos alivian mi reducen mis temores y mis miedos.

Permíteme explorar, recuerda que yo estoy empezando a conocer el mundo, necesito que tengas paciencia para que me expliques sus riesgos.

jo pude disfrutar en su infancia del calor de la relación que les len sus padres, hermanos, abuelos y otros parientes, teniéndolos personas disponibles para su cuidado y protección, ligados a él n vínculo que genera placer mutuo. De esta forma tendrá más confianza en sí mismo y contará con un desarrollo biológico, logo y social armónico.

FORMULARIO DE REGISTRO

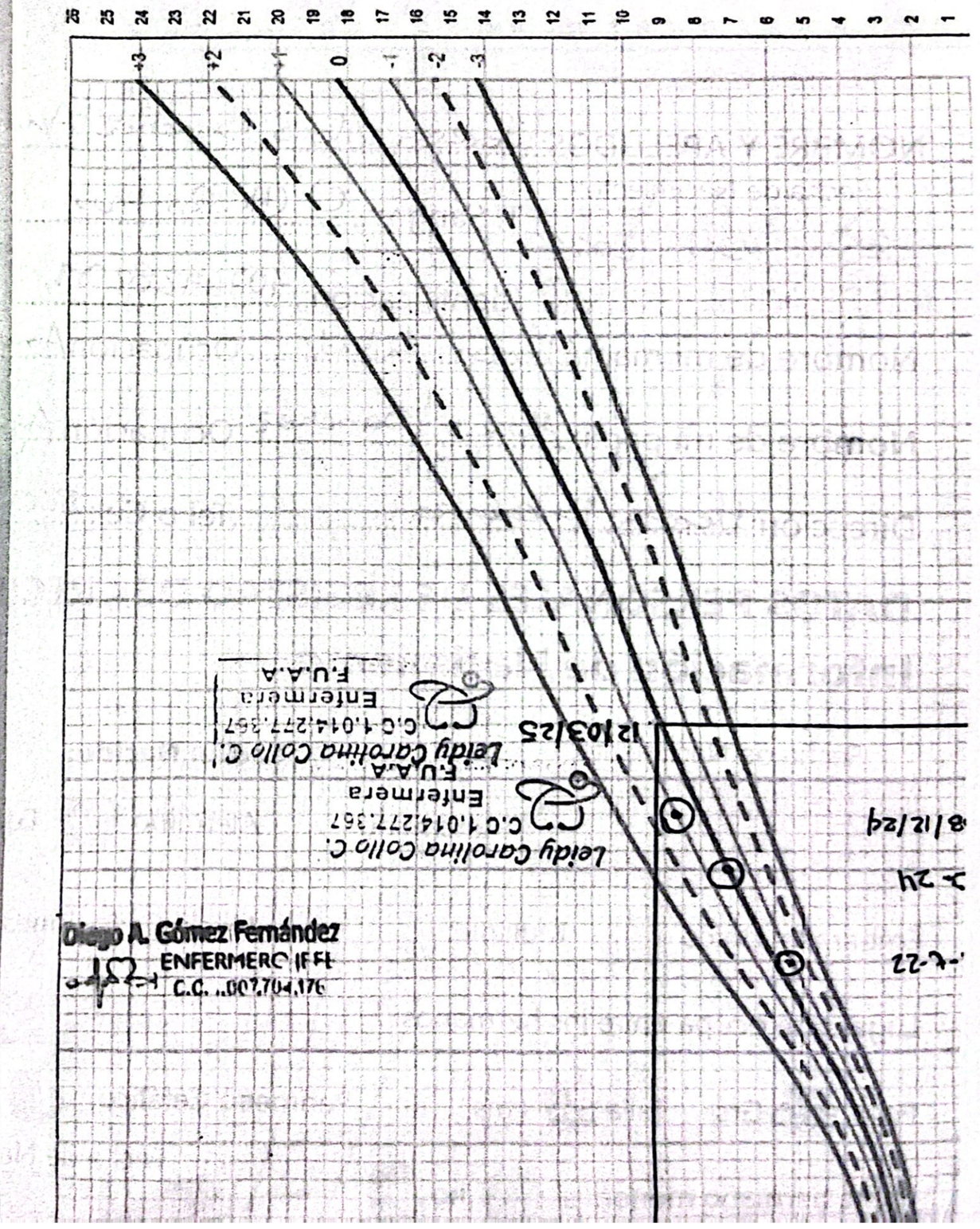
DE TOMA MEDIDA	EDAD EN MESES	PESO EN KILOGRAMOS	TALLA EN CENTIMETROS	EVALUACI N
7-2024	2m.	5.6.	60	PC:40 PT: 40 PA:40 PB: 43,5 PC: 42 PA 42 PT 43 PB 45
0-2024	5meses	7.490	65	
2-24	7 meses	8.1 kg	68cm	PC 41cm PB 12,5cm
3-25	11 Meses	9.3 kg	73cm	PC 45cm PB 14cm

PESO PARA LA TALLA DE NIÑ

Puntuación Z (0 a 2 Años)

ENTRE TODOS PODEMOS HUMANIZAR

#Entre Toc



5

- *Juega conmigo, desde muy pequeño entiendo que estas jugando cuando imitas sonidos de animales, haces gestos, cuando tomas un juguete y los escondes y lo apareces nuevamente.*
- *Cuando me veas llorar, acaríciame pues tus manos alivian mi dolor, reducen mis temores y mis miedos.*
- *Permíteme explorar, recuerda que yo estoy empezando a conocer el mundo, necesito que tengas paciencia para que me expliques sus riesgos.*

Su hijo pude disfrutar en su infancia del calor de la relación que les brinden sus padres, hermanos, abuelos y otros parientes, teniéndolos como personas disponibles para su cuidado y protección, ligados a él por un vínculo que genera placer mutuo. De esta forma tendrá más tarde confianza en sí mismo y contará con un desarrollo biológico, psicólogo y social armónico.

FORMULARIO DE REGISTRO

FECHA DE TOMA DE MEDIDA	EDAD EN MESES	PESO EN KILOGRAMOS	TALLA EN CENTIMETROS	EVALUACI N
22-07-2024	2m.	5.6.	60	PC:40 PT: 40 PA:40 PB: 13.5.
07-10-2024	5meses	7.490	65	PC: 42 PA 42 PT43 PB 15
03-12-24	7 meses	8.1 kg	68cm	PC 41cm PB 12.5cm
12-03-25	11 Meses	9.3 kg	73cm	PC 45cm PB 14cm

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

Tuberculosis meníngea, 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, Rubeola, Parotiditis, Varicela, Hepatitis A, Fiebre Amarilla y Virus del Papiloma Humano.



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)

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO

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

ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años	
4 años	
5 años	

*Menor o igual a 20 normal

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

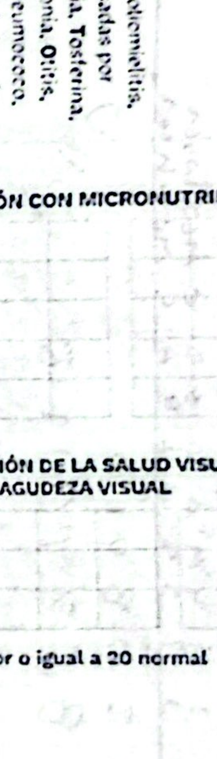
Edad	Fecha			Valoración Nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	
2.ª entrega	
3.ª entrega	

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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



Nombres y Apellidos: JEREMY
MEJIA SANCHEZ

Tipo de Documento: ☐☐☐ No. de Documento: 1076928271

Fecha de Nacimiento: 25 04 2014

Sexo: MASCULINO

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3080 Talla: 51 cm

Dirección: VEREDA LA CAMPIÑA

Teléfono 1: 3106220615

Teléfono 2:

Responsable: MARIA DEL CARMEN MEJIA GIRALDO

Municipio de residencia: NEIVA

Departamento: HUILA
1005076863

Powered by CamScanner

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

Edad a proteger	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote									Próx. vacunación	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién Nacido — Lactancia materna exclusiva: Si ☐ No ☐																			
Hepatitis B	Unica Recién nacido	26	ABRIL	2024	SERUM	0	3	7	4	M	A	0	3	2	C. MEDILASER				ALEXANDRA VARGAS
		26	ABRIL	2024	SERUM	0	3	2	3	4	0	1	4	A	C. MEDILASER				ALEXANDRA VARGAS
2 meses — Lactancia materna exclusiva: Si ☐ No ☐																			
Poliomielitis (VIP)	1ª	09	08	2024	BIAHOUEN	2	3	0	8	0	1	0							
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (HiB)	1ª		08	24	SERUM	2	8	5	2	4	0	1	1	E					
Hepatitis B	1ª																		
Difteria, Tetanos, Tosferina	1ª	09																	
Diarrea por rotavirus	1ª	09	08	24	ROTARIX	A	R	0	1	D	8	3	8	B	A				
Neumonia, otitis, Meningitis y Bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 PCV 13	1ª	09	08	24	PREVENAR	6	X	1	9	1	2								
4 meses — Lactancia materna exclusiva: Si ☐ No ☐																			
Poliomielitis (VIP)	2ª	15	10	24	Biological	2	B	0	8	0	1	0			ESE TESALIA				
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (HiB)	2ª	15	10	24	Serum	2	B	5	2	X	0	1	1	E	ESE TESALIA				
Hepatitis B	2ª	15	10	24	Serum	2	B	5	2	X	0	1	1	E	ESE TESALIA				
Difteria, Tetanos, Tosferina	2ª	15	10	24															
Diarrea por rotavirus	2ª	15	10	24	GSK.	A	Z	0	L	0	B	3	8	B	A	ESE TESALIA			
Neumonia, otitis, Meningitis y Bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 PCV 13	2ª	15	10	24	Pfizer.	G	X	1	9	1	2.					ESE TESALIA			
6 meses — Lactancia materna exclusiva: Si ☐ No ☐																			
Poliomielitis (VIP)	3ª	30	11	24	Biological	2	3	0	8	0	1	0			ESE TESALIA				
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (HiB)	3ª	30	11	24	Serum	2	8	5	2	X	0	0	3	A	ESE TESALIA				
Hepatitis B	3ª	30	11	24	Serum	2	8	5	2	X	0	0	3	A	ESE TESALIA				
Difteria, Tetanos, Tosferina	3ª	30	11	24	Serum	2	8	5	2	X	0	0	3	A	ESE TESALIA				
Influenza estacional	1ª	30	11	24	Butantan	2	4	0	0	9	7	9			ESE TESALIA				
7 meses — Influenza estacional	2ª	30	12	24	Butantan	2	4	0	0	9	7	9			ESE TESALIA				
12 meses — Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1ª	29	04	25	Serum	0	1	5	3	N	0	0	5	B	ESE TESALIA				
Neumonia, otitis, Meningitis y Bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 PCV 13 X	Refuerzo	29	04	25	Pfizer	H	J	5	2	7	C				ESE TESALHO				
Varicela	1ª	29	04	25	Merck.	Y	0	1	2	3	7	1			ESE TESALHO				
Hepatitis A	Unica	29	04	25	Sinovac	Y	0	0	8	0	3	1			ESE TESALHO				
*Influenza estacional	Anual																		
18 meses — Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo																		
Difteria, Tosferina y Tetanos DPT Pentavalente	1er Refuerzo				CITA	30 - NOV / 2025													
**Fiebre Amarilla	Unica																		
5 años — Sarampión, Rubeola y Parotiditis (SRP)	2ª																		
Poliomielitis (VIP) (VDPV)	2do Refuerzo																		
Difteria, Tetanos, Tosferina	2do Refuerzo																		
Varicela	Refuerzo																		
9 años — Virus del papiloma humano (vPH)	1ª																		
	2ª																		
	3ª																		
Covid-19	1ª																		
	2ª																		
	1er Refuerzo																		
	2do Refuerzo																		
Vacunas aplicadas																			

*De acuerdo al antecedente de primovacunación **A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

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

Lyla Dayana Rivera
Aux. de Enfermería
C.C. 1073411505

Powered by CamScanner

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

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

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS LA FRATERNIDAD, 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:

"Articulo 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): Jeremy Alexis Sanchez A. con RC No 1036928271 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.

Scanned with 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 06 **del mes** Marzo **del año** 2025 **, en el Municipio de** Tesalia **.**

Karen Andrade Epia.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

AGENTE EDUCATIVA

	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
BIENESTAR FAMILIAR	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 Jeremy Alexis Sinchez Andrade, identificado (a) con documento de identidad número 1076928211, 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, Karen Tatiana Andrade Epia, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004074683, 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 CORHOELLAS, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa ELIT LA FRATERNIDAD

Suscriben:

Firma: Karen Andrade Epia
Nombre: Karen Tatiana Andrade Epia.
Calidad - Titular: ____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3163264821.
Fecha: 06 MARZO 2025
Municipio: Tesalia.

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.004.074.683**

ANDRADE EPIA

APELLIDOS

KAREN TATIANA

NOMBRES

Karen T. Andrade E

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-OCT-2002**

TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

02-DIC-2020 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1902500-01188303-F-1004074683-20201214 0072804806A 1 8501094599

15

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.003.829.193**

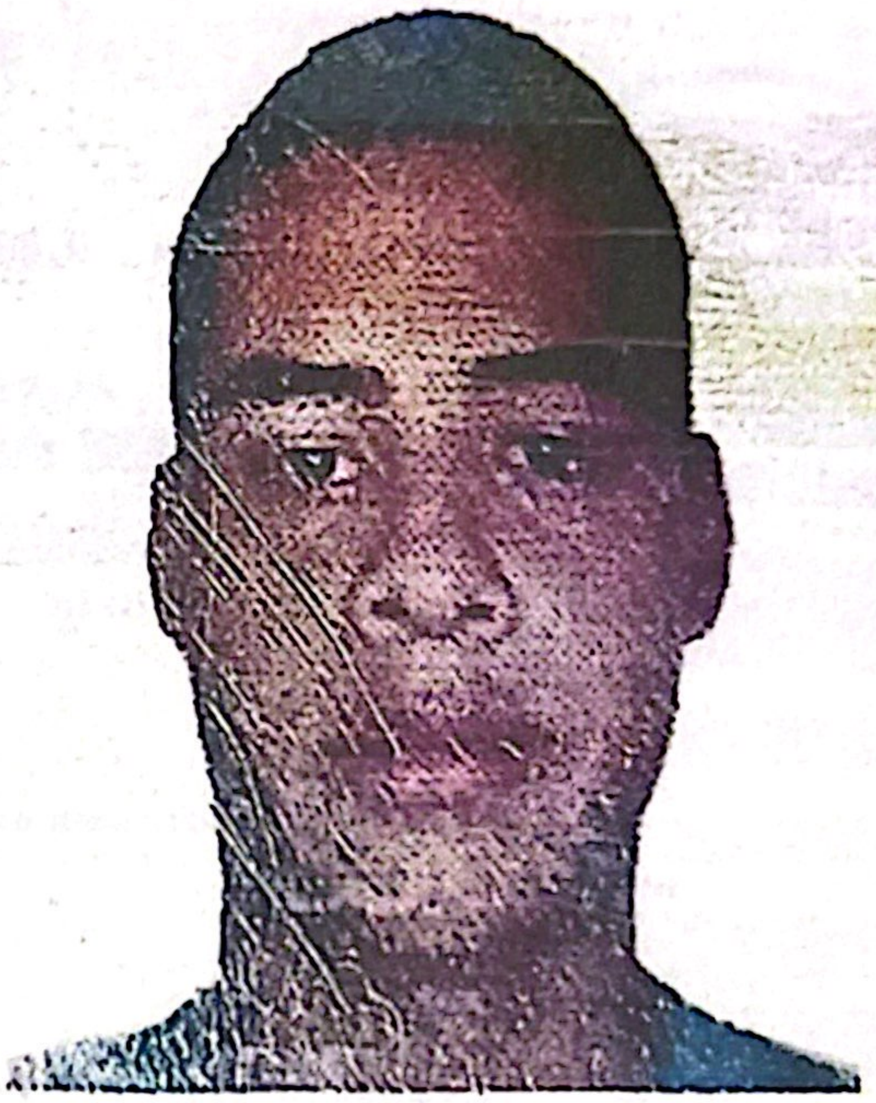
SANCHEZ GUARACA

APELLIDOS

HENNER ALEXIS

NOMBRES

Alexis sanchez





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-JUL-2003**

NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

22-JUL-2021 TELLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1908200-01264505-M-1003829193-20211110 0076245659A 3 8502470266

Powered by CamScanner

Scanned with CamScanner

ElectroHuila
Somos Buena Energía
Electrificadora del Huila S.A. ESP
Nit. 891180.001 - 1

Señor(a): PERDOMO PERDOMO JAIDY
c.c. / Nit: 26470761
CLL 2 # 8-65
Municipio: 797 TESALIA HUILA Ruta: 47970033090
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 3-LIBRE3 TESALIA

SU CÓDIGO DE CUENTA ES: 285348952 PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No. 85230588
Fecha De Emisión 17/02/2025

Periodo	Periodo Facturado	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos
2 / 2025	14/01/25-13/02/25	$31,230	$31,230	0 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 1-Bajo Bajo
Carga Instalada: 847 W
Zona: OCCIDENTE
Nodo: T19405-PCNP

COSTO UNITARIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

Generación	421.6
Transmisión	58.1
Distribución	280.7
Restricciones	7.4
Pérdidas	97.4
Comercialización	143.8
Costo Unitario	1009.6
Tarifa Aplicada	1009.623

Indicadores De Calidad Individual

Cálculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-24309802	ISK	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	23220	23150	1	70

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	70.674
995	Subsidio	<41.757>

Últimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	1	63	2024	7	46
2024	12	75	2024	6	2
2024	11	50	2024	5	101
2024	10	52	2024	4	59
2024	9	47	2024	3	48
2024	8	44	2024	2	67

Promedio Cuenta	Consumo Año Anterior
55	67

Indicadores De Calidad Individual Retroactivo

Nodo 6580377 Grupo Calida 21
Horas a compensar
Compensacion por evento
Meta Calidad opr Duración 62.
Meta calidad por eventos
Eventos acmulados año
Duracion acumulador año 20.
Consumo a compensar 46.
Cargo distribución 263

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	173	70.0	413.0987	$28.917

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Tasa de Interés 0.00 %

Total cuota Financiación 0

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total Electrohuila	$28,917
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$2,313
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$31,230

CUFE faf766dce2252df910d2980891311410951f0ffc2b1eb31a8e52d8907c62226d1893d2b682913fbd942fee18f3948eb00 Numero de Factura Electronica EH-2009838 Numero de factura: 85230588

FOES

Kwh $/Kwh Total N. Fact

Último Pago

$28,030
27/01/2025
Emitida Por: YULIETH.CEBALLESE
Pag: 6400

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento: 26/02/2025
Suspensión a Partir del:

Linea de transparencia

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

(415)7707274499679(8020)0285348952(3900)0000031230(96)20250226

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