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 DOCUM ENTOS NIÑO/A PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR

UDS: DE LA MANO FAMILIAR 2 AÑOS MAGICOS

PARTICIPANTE: JOHN SEBASTIAN FONTECHA PARDO

RC X No.:1079413779



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	√		

01

Scanned with 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.			
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

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP	1.079.413.779

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59256471

59256471

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código K 2 Y

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

REGISTRADURIA DE TESALIA - COLOMBIA - HUILA - TESALIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
FONTECHA	PARDO

Nombre(s)

JOHN SEBASTIAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes FEB Día 26	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	24023810876959

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

PARDO VELASCO MARIA PAULA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.062.081.977	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

FONTECHA AMESQUITA JOHN JAIRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.000.352.481	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

FONTECHA AMESQUITA JOHN JAIRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.000.352.481	John Jairo Fontecha A.

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 2022 Mes MAR Día 13	DIOGENES ORTIZ BRAND - REGISTRADO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
John Jairo Fontecha A. Firma	DIOGENES ORTIZ BRAND Registrador [illegible] del Estado Civil Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

03

Scanned with CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 26/02/2025

Ficha: 41797123740600004724

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JOHN SEBASTIAN

Apellidos: FONTECHA PARDO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413779

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 24/04/2024

Última actualización ciudadano: 24/04/2024

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

04

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	1079413779
NOMBRES	JOHN SEBASTIAN
APELLIDOS	FONTECHA PARDO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CAUCA
MUNICIPIO	PAEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA A.I.C. EPSI	SUBSIDIADO	27/02/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/26/2025 21:17:41	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

05

Scanned with CamScanner

· Datos del niño o de la niña ·



Nombres: Jhon Sebastian Fontecha Pardo

Apellidos: Fontecha Pardo

Certificado Nacido Vivo: 1079413779

Documento de identidad: 1079413779

Fecha de nacimiento: Día: 26 Mes: 02 Año: 2024

Género: F: M: ✓ I: Grupo sanguíneo: O+ Rh: ACI

Lugar de nacimiento: Departamento: Neiva Huila

Municipio: Neiva

EPS: AIC

Datos de contacto:

Dirección: San Roque

Teléfonos: 3161209008 - 3182407438

En caso de urgencia favor avisar a:

Nombres y apellidos:

Teléfonos:

Dirección:

Departamento:

Municipio:

cuídate | nueva eps

Scanned with CamScanner

Valoración integral de la salud y el desarrollo

En esta sección debes solicitar el registro de los resultados de las valoraciones del crecimiento y desarrollo de tu hijo, y estar atento al cumplimiento de las citas según la edad.

Rango de Edad	Fecha atención DD	MM	AA	Edad Años	Meses	Días	Valoración crecimiento Peso	Talla	Perímetro cefálico	IMC	Valoración desarrollo				Test Goodenough	Apgar familiar	Próximo control DD	MM	AA	Observaciones
0 a 1 Mes Mañana	24	05	24		2		5.4	55.4	37	14	Sobrepeso	✓	✓	✓	✓		✓	21	06	24
2 a 3 Meses Primavera																				
4 a 5 Meses Mañana																				
6 a 8 Meses Tarde	28	10	24		7		7.2	64	41	19		✓	✓	✓	✓		✓	28	11	24
9 a 11 Meses Primavera	29	11	24		9		8.5	68	44	15								27	02	25
12 a 23 Meses Mañana	4	3	25		12		9.4	69	46	15		✓	✓	✓	✓		✓	3	09	25
2 a 3 Años Mañana																				
2 a 3 Años Primavera																				
4 a 5 Años Mañana																				
4 a 5 Años Primavera																				
6 Años Mañana																				
6 Años Tarde																				
7 Años Mañana																				
7 Años Tarde																				
8 Años Mañana																				
8 Años Tarde																				
9 Años Mañana																				
9 Años Tarde																				
10 Años Mañana																				
10 Años Tarde																				

Signos de alarma

Si la preocupa la forma como cuida el niño se siente o actúa

2. Si el niño está pálido o sin fuerzas
3. Si el niño ha estado diarreando por más de tres horas y no para de botar.
4. Si el niño está taquipneico o dando quejidos.
5. Si el niño está inexplicablemente menos activo

Comuníquese inmediatamente al servicio de salud.

...una...

...mplo.

...e se ...ocó la vacuna.

...te el baño diario.

...mayor de 6 meses,

...das las consultas de

...ema de vacunación ...a de Salud Infantil de

...s, pasajeros, de mínima ...e previenen) y usualmente ...ctúa creando anticuerpos ...ones. No se requiere tener ...carga, se debe estar alerta

Scanned with CamScanner

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL




Carné de Vacunación




Nombres y Apellidos John Sebastian Fontecha Pardo.

[X] RC [ ] TI [ ] OTRO — 1079413779.
Tipo de Documento — No. de Documento

Fecha de Nacimiento 26 02 2024

Sexo: MASCULINO

Grupo sanguíneo: O (+).

Peso al nacer: 2700 Talla: 50

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: María paula pardo velasco

Municipio de residencia:

Departamento: HUILA

1062081977.

09

Scanned with CamScanner

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

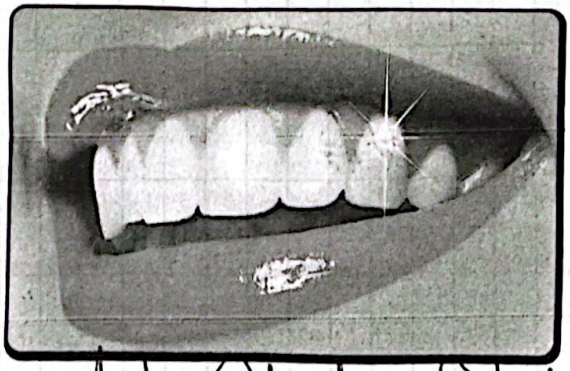
	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Dia	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote									IPS vacunadora	Fech Dia
Recién Nacido						Lactancia materna exclusiva			SI ☐			No ☐					
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	27	02	2024	Serum	0	3	7	2	M	A	0	5	2	Clinica EMIOSalud	
	Hepatitis B	Recién nacido	27	02	2024	Serum	0	3	2	3	Q	0	0	5	F	Clinica EMIOSalud	
						Lactancia materna exclusiva			SI ☐			No ☐					
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	27	04	24	Biological	2	2	3	4	0	0	3.			ESE Tesalia	27
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	27	04	24	Serum.	2	8	5	2	X	0	1	4.	C	ESE Tesalia	
	Pentavalente: Hepatitis B	1ª	27	04	24	Serum	2	8	5	2	X	0	1	4.	C	ESE Tesalia	
	Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	27	04	24	Serum.	2	8	5	2	X	0	1	4.	C	ESE Tesalia	
	Diarrea por rotavirus	1ª	27	04	24	GSK.	A	2	0	C	D	7	5	0	A-A	ESE Tesalia	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	27	04	24	Pfizer.	G	X	1	9	1	2.				ESE Tesalia.	
						Lactancia materna exclusiva			SI ☐			No ☐					
4 meses	Pollomielitis (VIP)	2ª	27	06	24	Biological	2	2	3	4	0	0	3.			ESE Tesalia	
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	27	06	24	Serum	2	8	5	2	X	0	1	A	C	ESE Tesalia	
	Pentavalente: Hepatitis B	2ª	27	06	24	Serum	2	8	5	2	X	0	1	A	C	ESE Tesalia	
	Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	27	06	24	Serum	2	8	5	2	X	0	1	A	C	ESE Tesalia	
	Diarrea por rotavirus	2ª	27	06	24	GSK	A	2	0	C	D	7	5	0	AA	ESE Tesalia	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	27	06	24	Pfizer.	G	X	1	9	1	2				ESE Tesalia	
						Lactancia materna exclusiva			SI ☐			No ☐					
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	27	08	24	Biological	2	2	3	9	0	0	2			ESE Tesalia	
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	27	08	24	Serum	2	8	5	2	Y	0	1	1	E	ESE Tesalia	
	Pentavalente: Hepatitis B	3ª	27	08	24	Serum	2	8	5	2	Y	0	1	1	E	ESE Tesalia	
	Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	27	08	24	Serum	2	8	5	2	Y	0	1	1	E	ESE Tesalia	
	Influenza estacional	1ª	27	08	24	Butantan.	2	4	0	0	9	7	9			ESE Tesalia.	
7 meses	Influenza estacional	2ª	19	10	24	Butantan	2	4	0	0	9	7	9			ESE Tesalia	
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	01	03	25	Serum	0	1	5	3	N	0	0	3	A	ESE Tesalia	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	01	03	25	Pfizer	6	X	5	1	3	9.				ESE Tesalia	
	Varicela	1ª	01	03	25	Merck	Y	0	1	1	6	2	0			ESE Tesalia	
	Hepatitis A	Única	01	03	25	Sinovac	2	0	2	2	0	3	0	4	5.	ESE Tesalia	
	*Influenza estacional	Anual															
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo															
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo				cita. A los 18 M.											
	**Fiebre Amarilla	Única															
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª															
	Pollomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo															
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo															
	Varicela	Refuerzo															
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª															
		2ª															
		3ª															
Sin rango	Covid-19	1ª															
		2ª															

na

Hospital
SANTA TERESA
Los Mejores Cuidando su Salud

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

CUIDEMOS NUESTRA SONRISA



NOMBRE: John Sebastian Fontecha

DOC. DE IDENTIDAD: 1079413779

EPS - EPS AIC.

Servicio: Salud Oral

Scanned with CamScanner

FECHA	1a VEZ	CPB	OET	FLÚOR	SELLANTE	OPERATORIA	CIRUGÍA ORAL	ENDODONCIA	CONSULTA URGENCIA	TTO. YERMINADA
28-08-24	✓		Educación		Salud	Oral	PyP	Prox Control	28-02-25	Yuly Constanza Trujillo C. Higienista Oral Resolución 2597
21-03-25	✓		Barrido		Pyp	Prox	Control	21-09-25		Maria Del Mar

Scanned with 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 DE LA MANO FAMILIAR 2 AÑOS MAGICOS, 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): John Sebastian Fontecha con RC No 1 079 413 779 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.

María Paula Pardo
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Laura Perdomo Bravo
AGENTE EDUCATIVA

Scanned with 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 John Sebastian Fontecha Pardo, identificado (a) con documento de identidad número 1079413739, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, María Paula Pardo Velasco, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1062 091 977 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por Cap. Huellas de amor por tu vida 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: María Paula Pardo
Nombre: María Paula Pardo
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3161709008
Fecha: 06 - marzo - 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

Scanned with CamScanner

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Maria Paula Pardo Velasco, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1062 081 977 de Popayan, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) John Sebastian Fontecha P., identificados con NUIP No. 1 079 413 779, usuario de la unidad de servicio De la mano Familiar 2 años My manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Centro Poblado de Pavarni, a los 20 días del mes marzo de 2025

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

Nombre: Maria Paula Pardo Velascos

Firma: Maria Paula Pardo Velascos

CC. No. 1062081977

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Maira Pardomo Brand

Firma: Maira Pardomo Brand

CC. No. 1079410702 Tesalia Huila

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.000.352.481
FONTECHA AMESQUITA

APELLIDOS
JOHN JAIRO

NOMBRES

John Jairo Fontecha A.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-2002
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

27-OCT-2020 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1902500-01185149-M-1000352481-20201203 0072702919A 3 8500874565

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.062.081.977
PARDO VELASCO

APELLIDOS
MARIA PAULA

NOMBRES
Paula

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 12-MAY-2009
PAEZ (BELALCAZAR)
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
12-MAY-2027 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
27-SEP-2016 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1100100-01241263-F-1062081977-20210624 0074735605A 1 9916019652

Scanned with CamScanner

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
Electrificadora del Huila S.A. ESP
Nit. 891.180.001 - 1

Sr(a) : JOSE GILDARDO PERDOMO VARGAS
c.c. / Nit: 4914323
C 7 5 17 21 AP 4 BR SAN ROQUE
Municipio: 797 TESALIA HUILA Ruta: 47970041590
Dirección Postal:
Ciclo: 72 Sector: 4-INSP. PACARNI

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
512539815
PARA SUSCRIPCIÓN CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
85660356
Fecha De Emisión
18/03/2025

Periodo	Periodo Facturado	Pago Total:	Pago Mínimo	Periodos Vencidos:
3 / 2025	14/02/25-14/03/25	$78,190	$78,190	1 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 2-Bajo
Carga Instalada: 400 W
Zona: OCCIDENTE
Nodo: T09796-PCNP

Cálculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-4602126386	KRI	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	4973	4902	1	71

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
0	Deuda Capital	34,082
21	Consumo Periodo	72,952
110	Interes moratorio	170
995	Subsidio	<36,122>

Ultimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	2	66	2024	8	20
2025	1	71	2024	7	0
2024	12	68	2024	6	0
2024	11	65	2024	5	0
2024	10	72	2024	4	0
2024	9	73	2024	3	24

Promedio Cuota: 69
Consumo Año Anterior: 24

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	173	71.0	518.7364	$36.830

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Total cuota Financiación 0

Tasa de Interes 0.00 %

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 SuperServicios, 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 b605a38a09d3b78e178f1607cad404cd75a6ad3784914d274b78a59685b5e668a27dad1207d7104bb58b4c53f09c1b4d Numero de Factura Electronica EH-2426713 Numero de factura: 85660356

COSTO UNITARIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

Generación	427.2
Transmisión	56.0
Distribución	280.9
Restricciones	15.8
Pérdidas	98.0
Comercialización	149.3
Costo Unitario	1027.
Tarifa Aplicada	1027.498

Indicadores De Calidad Individual

Nodo T09796 Grupo Calida 31
Horas a compensar
Compensacion por evento

Meta Calidad opr Duración	64.8
Meta calidad por eventos	21.
Eventos acmulados año	2
Duracion acumulador año	46.4
Consumo a compensar	68.
Cargo distribución	321.4

Indicadores De Calidad Individual Retroactivo

Nodo 6580077 Grupo Calida 31
Horas a compensar
Compensacion por evento

Meta Calidad opr Duración	81.0
Meta calidad por eventos	2
Eventos acmulados año	4
Duracion acumulador año	41.2
Consumo a compensar	18.3
Cargo distribución	266.

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total Electrohuila	$71,082
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$7,108
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$78,190

FOES	Ultimo Pago	
Kwh$/Kwh Total N. Fact	$40,220	
	23/01/2025	
	Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB	
	Pag: 2761	

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento
PAGO INMEDIATO
Suspensión a Partir del:
PAGO INMEDIATO

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 117766
Correo electrohuila@lineatransparencia.com
Accede directamente escaneando el Código QR.

(415)7707274499679(8020)0512539815(3900)0000078190(96)20250328

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

18

Scanned with CamScanner

CORPORACIÓN 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 Maria Paula Pardo Velascos ,identificado con la cédula de ciudadanía N° 1062081977 expedida en cauca como padre de familia y/o cuidador del niño o niña John sebastia Fontecha Pardo con RC 1079913779 manifiesto que de manera voluntaria acepto y me adscribo al pacto de convivencia que hemos socializado y construido de manera conjunta en la **UDS** DE LA MANO FAMILIAR 2 AÑOS MAGICOS 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 18 del mes Marzo del año 2025 en el municipio de Tuluá (VI) con la firma de las partes que en el intervienen

Maria Paula Pardo Velascos

Padre de familia o usuario

Docente de la UDS

Jhard Moreno Gamboa R

Auxiliar Pedagógica de la UDS

Scanned with CamScanner

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES

PROTEGEMOS TUS PASOS



Línea de Atención:

#899 desde celular | Bogotá: 327 4712 / 327 4713
Nacional: 01 8000 111 935

seguros mundial®

Nº Póliza: 2000513552

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: JOHN SEBASTIAN FONTECHA PARDO

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1079413779	2025/02/24	2026/02/24

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

COBERTURAS:

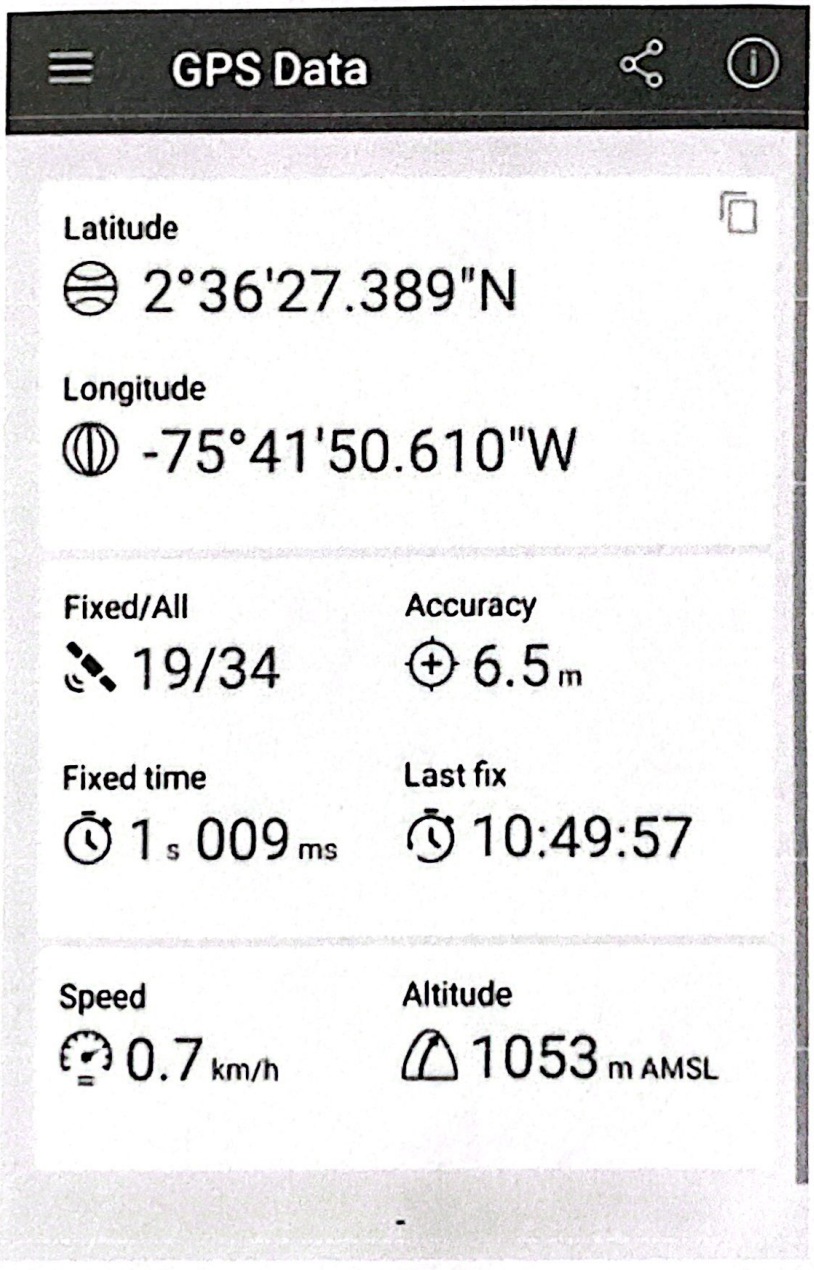
- Muerte Accidental
- Gastos Médicos

En caso de accidente o para consultar términos y condiciones, comunícarse a nuestras líneas de atención

seguros mundial®

#899 desde celular | BOGOTÁ 3274712 /3274713 | NACIONAL 01 8000 111 935

Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner