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

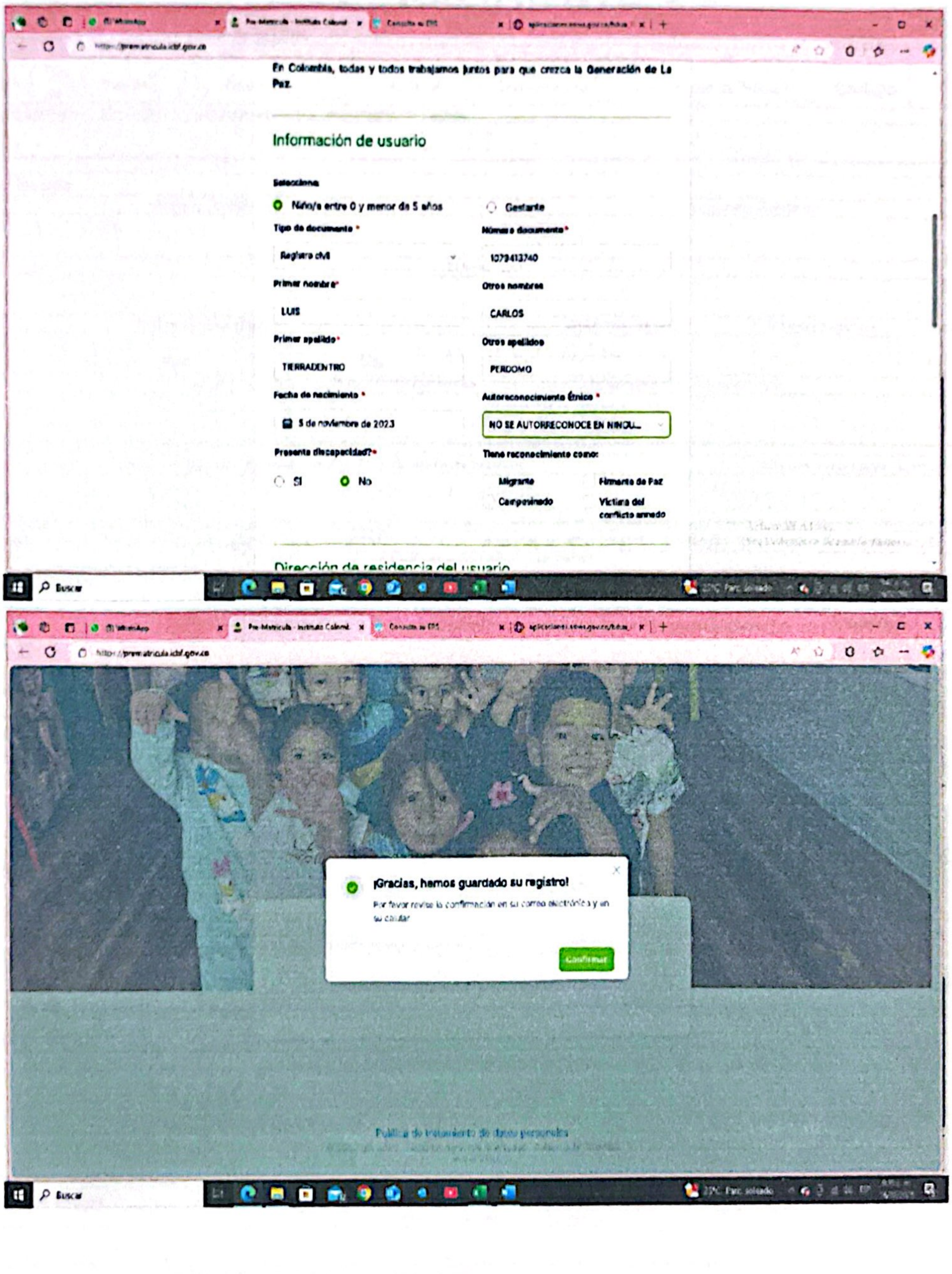
PARTICIPANTE: LUIS CARLOS TIERRADENTRO PERDOMO

RC X **No.** 1079413740



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

3

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP	1.079.413.740

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59256423

59256423

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código

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

REGISTRADURIA DE TESALIA - COLOMBIA - HUILA - TESALIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TIERRADENTRO	PERDOMO

Nombre(s)

LUIS CARLOS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes NOV Día 05	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	231146107274[illegible]

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

YERLOIC POSADA LAURA ALEJANDRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.250.003	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

TIERRADENTRO SILVA DIEGO ARMANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.503.736	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TIERRADENTRO SILVA DIEGO ARMANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.079.503.736	Diego armando

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 Mes Día	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.079.413.246

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59256423

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código**

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

REGISTRADURIA DE TESALIA - COLOMBIA - HUILA - TESALIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TIERRADENTRO	PERDOMO

Nombre(s)

LUIS CARLOS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes NOV Día 05	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA NEIVA

Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	231146107274 35

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

PERDOMO POSADA LAURA ALEJANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.250.303	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

TIERRADENTRO SILVA DIEGO ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.509.796	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TIERRADENTRO SILVA DIEGO ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.079.509.796	Diego armando

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 2023 Mes NOV Día 07	DIOGENES ORTIZ BRAND - REGISTRADO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Diego armando Firma	DIOGENES ORTIZ BRAND Registrador MPAL del Estado Civil Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL
TESALIA - HUILA
07 NOV 2023

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro Valido

Fecha de consulta: 23/07/2025

Ficha: 41797008539300000125

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LUIS CARLOS

Apellidos: TIERRADENTRO PERDOMO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413740

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/07/2019

Última actualización ciudadano: 04/04/2024

Última actualización vía 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: DANIELA VALENTINA MUÑOZ LOPEZ

Dirección: Carrera 9 No 6 - 11

Teléfono: 8377022 - 3144647676

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

Scanned with CamScanner

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	1079413740
NOMBRES	LUIS CARLOS
APELLIDOS	TIERRADENTRO PERDOMO
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.	SUBSIDIADO	05/11/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/23/2025 18:14:12	**Estación de origen:**	192.168.70.220

Scanned with CamScanner



MIS DATOS

Mi nombre completo es:

Luis Carlos Tierradentro Perdomo

Nací en: Neiva

El día 05 **del Mes** Noviembre **del Año** 2023.

Mi peso fue 2.900 gr **Mi talla fue** 47 cm

Mi tipo y grupo sanguíneo es: O+

Mi resultado de TSH fue:

Mi número de Registro Civil es: 1079413740

Cuando nací, ¿Quedé hospitalizado? Si [ ] No [X]

¿Porqué?

Mi EPS es: la Nueva EPS.

Mi mamá se llama: Laura Perdomo **Tel:** 3142752158

Mi papá se llama: Diego Tierradentro **Tel:** 3142752170

Scanned with CamScanner



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
09/14/23	1 mes	4.3kg	50	34.	07/03/24	Harold Avila P. MEDICO UNIMETRO R.M 1042972804
13/03/24	4m	7.2kg	63	42	Junio 2024.	
19/06/24	7mes	7.8kg	67	44	19/10/24	Karolina Cabrera F. Enfermera Jefe T.H 1.007.821.214
	11meses	8.19	70	PC: 45 Br 15	enero 28-2025 Medico	
28/03/2025					Sep 28 2025	

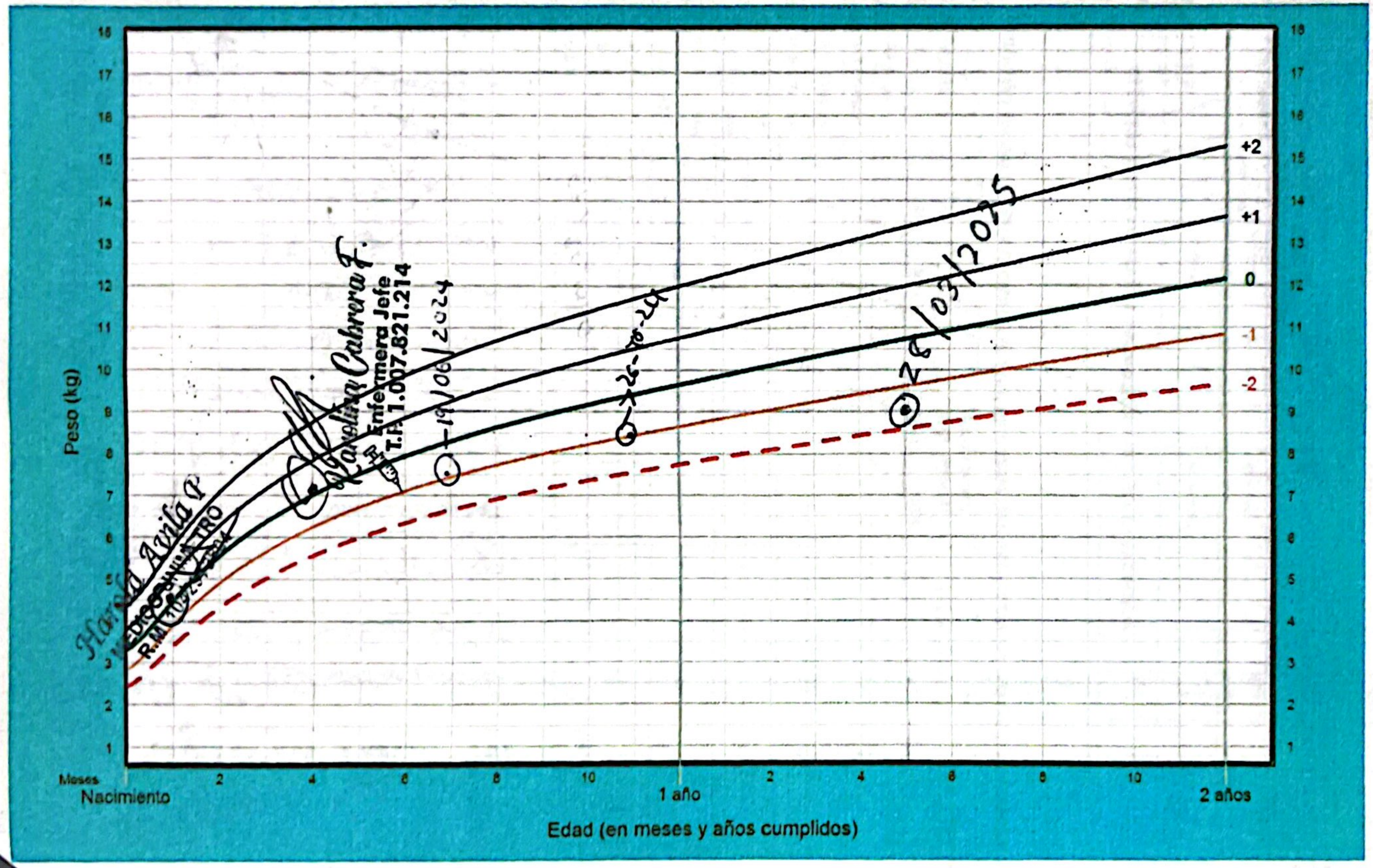
Observaciones: _____

_____

Interconsultas: _____

_____

Peso para la Edad Niños - 0 a 2 años



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

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

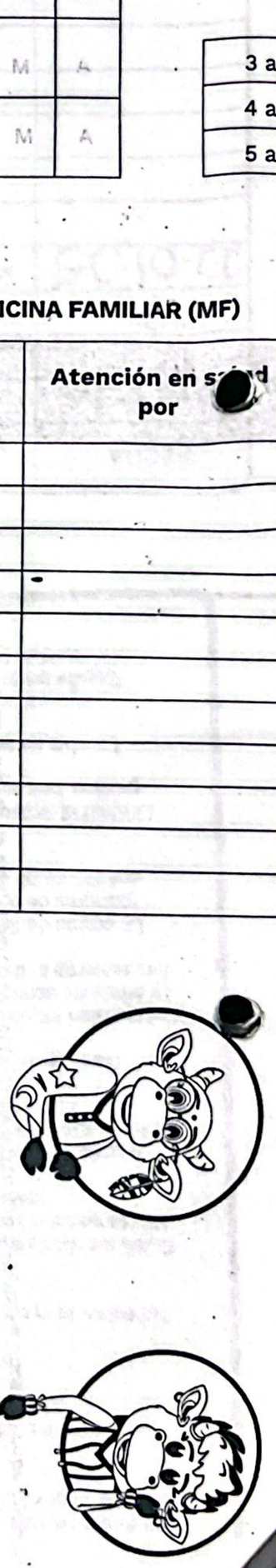
SUPLEM

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

3 añ
4 añ
5 añ

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							



Nombres y Apellidos: Luis Carlos Tierradentro Perdomo

RC: X TI: ☐ OTRO: ☐ Nro. de Documento: 1079413240

Tipo de Documento

Fecha de Nacimiento: DÍA 5 MES 11 AÑO 2023

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: O+

Peso al nacer: 2900gr Talla: 47cm

Dirección: Calle 3 #1-29

Teléfono 1: 3142752PO

Teléfono 2:

Responsable: Laura Alejandra Perdomo Posada

Municipio de residencia: Tesalia

Departamento: Huila

CC: 1004250303

						Lactancia materna exclusiva			Si ☐			No ☐								
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	07	03	24	Biologicals	2	2	3	4	0	0	3			ESE Tesalia
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	07	03	24	Serum	2	8	5	2	X	0	0	3	A	ESE Tesalia
	Pentavalente: Hepatitis B	2ª	07	03	24	Serum	2	8	5	2	X	0	0	3	A	ESE Tesalia
	Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	07	03	24	Serum										
	Diarrea por rotavirus	2ª	07	03	24	GSK	A	R	O	L	P	7	5	D	A-A	ESE Tesalia
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	07	03	24	Pfizer	6	W	A	6	6	3				ESE Tesalia
						Lactancia materna exclusiva			Si ☐			No ☐								
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	17	05	24	Biological	2	2	3	4	0	0	3			ESE Tesalia
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	17	05	24	Serum	2	8	5	2	X	0	1	4	C	ESE Tesalia
	Pentavalente: Hepatitis B	3ª	17	05	24	Serum	2	8	5	2	X	0	1	4	C	ESE Tesalia
	Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	17	05	24	Serum										
	Influenza estacional	1ª	17	05	24	Butantan	2	4	0	0	0	9	7	4		ESE Tesalia
7 meses	Influenza estacional	2ª	20	06	24	Butantan	2	4	0	0	9	7	9			ESE Tesalia
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	07	12	24	Serum	0	1	5	3	0	0	0	3	A	ESE Tesalia
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	07	12	24	Pfizer	G	X	J	1	3	9				ESE Tesalia
	Varicela	1ª	07	12	24	GSK	Y	0	1	1	6	2	0			ESE Tesalia
	Hepatitis A	Única	07	12	24	Merck	Y	0	0	5	2	8	F			ESE Tesalia
	*Influenza estacional	Anual	17	06	25	Seguros	PI	1	0	0	7	9	0	8	0	4
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	17	06	25	Biologicals	2	4	1	3	0	0	7			
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo	17	06	25	Serum	2	8	5	3	X	0	2	0		
	**Fiebre Amarilla	Única	17	06	25	Bio manguinhos	2	4	6	0	0	8	2			
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	17	06	25	Serum	0	1	3	3	N	1	2	1	4	
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo														
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo		Cita a los 5 AÑOS.												
	Varicela	Refuerzo														
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª														
		2ª														
		3ª														
Sin rango de edad	Covid-19	1ª														
		2ª														
		1er Refuerzo														
		2do Refuerzo														
Vacunas complementarias y otras dosis																

**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 las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia

E.S.E. Hospital San Antonio de Tesalia
VACUNACIÓN
Tesalia - Huila

RECOMEND

Si eres una gestante asista a l
evitaras riesgo para ti y tu b
como la pre

Amamanta al bebe desde que n
estimula el crecimiento y desarro
maxilares y p

A los lactantes limpieles las enc

2

RECOMENDACIONES

Si eres una gestante asista a los controles odontológicos evitaras riesgo para ti y tu bebe con enfermedades como la preclamsia.

Amamanta al bebe desde que nace, pues cuando succiona estimula el crecimiento y desarrollo adecuado de la lengua, maxilares y paladar.

A los lactantes limpieles las encías con gasa impregnada con agua hervida después de comer.

No utilice chupo ni biberón.

No estimule la creación de hábitos nocivos como la succión digital labial y lingual.

Cuide los dientes de los niños desde que aparecen, cepillelos simplemente con agua y aumenta la frecuencia del cepillado para evitar la aparición de caries.

A partir de los 3 años de edad utiliza crema dental para niños y supervise que no la ingiera de esta forma evitaremos aparición de fluorosis dental en los niños.

Controle adecuadamente el uso de sal en el hogar.

Cepille bien los dientes al levantarnos, después de cada comida y antes de acostarnos. Verifique la cantidad de crema dental (equivalente al tamaño de una lenteja) en niños de 3 a 8 años.

La crema dental no debe de estar al alcance de los niños menores de 8 años, un adulto debe ser el encargado de aplicar crema dentalal cepillo y de realizar el cepillado de los dientes del niño.

Limpiar el espacio entre los dientes con seda dental, no con palillos, bolsas, etc. Porque ocasiona daño en las encías.

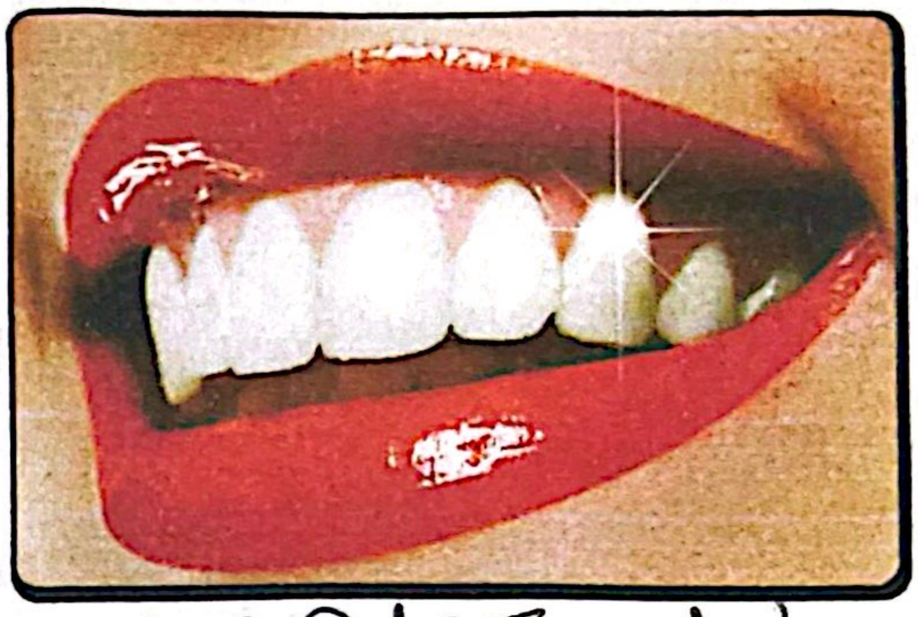
Cambie de cepillo dental cada 6 meses, utilice uno de cuerdo a tu edad.

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

Hospital
SANTA TERESA
Los Mejores Cuidando su Salud

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

CUIDEMOS NUESTRA SONRISA



NOMBRE: Luis Carlos Tierradentro

DOC. DE IDENTIDAD: 1079141 3740

EPS - EPS Nueva Eps

Servicio: Salud Oral

FECHA	1a VEZ	CPB	OET	FLÚOR	SELLANTE	OPERATORIA	CIRUGÍA ORAL	ENDODONCIA	CONSULTA URGENCIA	TTO. YERMINADA
1-10-24	✓	Educacion Salud				P y P	Prox Control		04-04-24	Yuly Constanza Fujit
										Higienista Oral
										Resolución 2597
22-01-25	✓			Barniz	P y P	Prox	Control		22-07-25.	Yuly Constanza Fujitt
										Higienista Oral
										Resolución 2597

Scanned with CamScanner

TAMIZAJE AUDITIVO

Medilaser Clínica

424B.

FECHA DEL EXAMEN: 06/11/2023
PACIENTE: Hijo de Laura Alejandra Perdomo Posada
FECHA DE NACIMIENTO: 05/11/2023
UBICACIÓN: Hospitalización cuarto piso
ENTIDAD: Nueva eps
DOCUMENTO: 1004250303.

PRUEBA DPOAE (OTOEMISIONES ACÚSTICAS)

OIDO IZQUIERDO

☒ ☒ ☒ ☒

2000 2500 3200 4000

OIDO DERECHO

☒ ☒ ☒ ☒

2000 2500 3200 4000

RESULTADO NORMAL

PRUEBA AABR (POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS AUTOMATIZADOS)

OIDO IZQUIERDO

RESULTADO

OIDO DERECHO

RESULTADO

OBSERVACIONES: Se realizaron otoemisiones acústicas producto de distorsión a frecuencias de 2000-2500-3200-4000 Hz a una intensidad de 60 dB de tipo automatizados encontrando respuesta normal para ambos oídos y percepción auditiva adecuada para la edad.

Alejandra Gutiérrez A.
Médica Fisiatra
Universidad de La Sabana
RM 1450/2011
MÉDICO TRATANTE

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 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): Luis Carlos Tierradentro con RC No 1079413740 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.

Jeuvy A. Perdomo Posada
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

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 Luis Carlos Tierradentro Perdomo, identificado (a) con documento de identidad número 1079413740, 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, Laura Alejandra Perdomo Posada, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004250303 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por CORHUELLAS, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa GLH LA FRATERNIDAD

Suscriben:

Firma: Laura A. Perdomo Posada
Nombre: Laura Alejandra Perdomo P.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3125872457
Fecha: 06 MARZO 2025
Municipio: Tesalia.

Scanned with CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-FEB-2003**

LA PLATA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 **A+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

15-FEB-2021 TESALIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

R-1902500-01362249-F-1004250303-20230617 0121820090G 1 8508384809

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.250.303**

PERDOMO POSADA

APELLIDOS

LAURA ALEJANDRA

NOMBRES

laura A. Perdomo P.

FIRMA



Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.079.509.796**

TIERRADENTRO SILVA

APELLIDOS

DIEGO ARMANDO

NOMBRES

Diego armando

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-AGO-1998**

PAICOL
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.83	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-AGO-2016 PAICOL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JOAB CARLOS GALINDO VACHA

P-1905200-00854529-M-1079509796-20161008 0051760513A 1 44913173

Scanned with CamScanner

EMPRESAS PÚBLICAS DE TESALIA
"EMPTESALIA S.A. E.S.P."
NIT. 900.332.875 - 7
Calle 6 No. 6 - 24 - Celular: 318 816 3869
Email: emptesaliasaesp@gmail.com
VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS SSPD

NÚMERO DE FACTURA **389556**

NOMBRE: POSADA MENDEZ MARTHA CECILIA	NUID: 0090340	DIRECCIÓN: CALLE 7 No. 1-79 Cod. Pos.
ESTRATO: 1	NUMERO DE CUENTA CONTRATO: 328	RUTA: 0101-1830-1
CLASE DE USO: RESIDENCIAL	CÓDIGO CATASTRAL:	CÓDIGO DANE:
U. MULTIUSUARIO RESIDENCIAL:	U. MULTIUSUARIO NO RESIDENCIAL:	HOGAR COMUNITARIO O SUSTITUTO:

DATOS DEL MEDIDOR — **FECHA DE EXPEDICIÓN:** 08/11/2024

No. MEDIDOR:	ESTADO DEL MEDIDOR:	DETERMINACIÓN: DEL CONSUMO	LECTURA ANTERIOR	LECTURA ACTUAL	CONSUMO	PROMEDIO	% SUBSIDIO	ULTIMO PAGO	SUSPENSIÓN A PARTIR DE
24027163			0	6	6	25		31 oct 2024 27,200	29-NOV-24

DATOS DEL CONSUMO

TABLA PARA LIQUIDAR CONSUMOS

	ACUEDUCTO			ALCANTARILLADO	
RANGO	Cons. m3	$/m3	SUBTOTAL	$/m3	SUBTOTAL
0-16	6	951.19	5,707	282	1,692
17-32	0	951.19	0	282	0
>33	0	951.19	0	282	0
COSTO TOTAL CONSUMO			5,707		1,692

FECHAS DE LECTURAS: 01 oct 2024 - 31 oct 2024
DÍAS FACTURADOS 30 CAUSAL DE REFACTURACIÓN:

CONSUMO ÚLTIMOS SEIS MESES

Periodo	cons. m3	Valor Factura	Gráfico
21 MAR-24 20 AB	25	11,526	
21 ABR-24 20 MA	25	13,887	
21 MAY-24 20 JUN	25	13,887	
21 JUN-24 20 JUL	25	13,887	
21 JUL-24 20 AGO		13,887	
21 AGO-24 20 SE	25	13,887	

ATRASO: 0 PERIODO FACTURADO: 21 SEP-24 20 OCT-24

DESCRIPCIÓN	ACUEDUCTO	ALCANTARILLADO	ASEO
Cargo Fijo	6,460	3,506	16,224
Consumo Basico	5,707	1,692	
Consumo Complementario	0	0	
Consumo Suntuario	0	0	
COSTO DEL SERVICIO	**12,167**	**5,198**	**16,224**
SUBSIDIO	-7,908	-3,379	-10,545
VALOR NETO	4,259	1,819	5,679
Ajuste a la Centena	43		
	4,302	1,819	5,679
TOTAL			11,800

CANCELADO 22/NOV/2024

FECHA LIMITE DE PAGO: TOTAL A PAGAR

ESTADO DEL CRÉDITO	SALDO ANTERIOR	DESCRIPCIÓN CUOTA FACTURADA					
CONCEPTO	DE CAPITAL	ABONO A CAPITAL	INTERÉS FINAN.	VALOR CUOTA	CUOTAS PEND.	NUEVO SALDO	INTERESES

LA TASA AMBIENTAL POR USO: Contribuye a la preservación y protección de las fuentes de agua (Art. 37 Res: CRA 287 DE 2004) - **LA TASA AMBIENTAL RETRIBUTIVA:** Contribuye a la descontaminación de las aguas residuales (Ley 99 de 1993).
En esta factura se han cobrado los siguientes valores por concepto de estas tasas con destino a las autoridades ambientales.

	Tarifa por m3 consumo de 1 a 20 m3	Tarifa por m3 consumo de 21 m3	valor total cobrado
Acueducto (tasa por uso)			
Alcantarillado (tasa retributiva)			

OBSERVACIONES:
PROVEEDOR TECNOLOGICO HASSQL LTDA
Nit:830078927-9

Impreso Por: LITOHUILA IMPRESOS Misael Mayorca Perdomo Nit. 7.686.303-6 Cel. 317 440 8643 Neiva

20

Padre de familia o usuario

Docente de la UDS

Auxiliar Pedagógica de la UDS