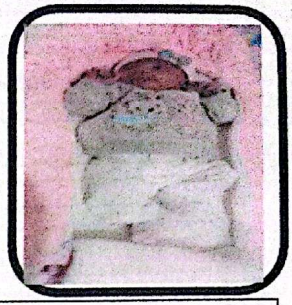
Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

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



UDS __CDI ANOS AMIGAS 1
PARTICIPANTE: CELESTE NARVAEZ ROJAS
RC X No. 1080269249

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.		X	
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (Copia del Carnet)	*Formalización del cupo* y seguimiento	*Cada año*			
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año	✓		
Formato autorización uso de imágenes	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya novedades	✓		
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	✓		

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.080.269.249

Indicativo Serial 63547915

63547915

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 1 2 8

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
NARVAEZ	ROJAS

Nombre(s)

CELESTE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes MAR Día 24	FEMENINO	B	NEGATIVO

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

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	250384100965553

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

ROJAS LASSO MARIBEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.285.725	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

NARVAEZ ENRIQUE MIGUEL ANGEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.003.966.269	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

NARVAEZ ENRIQUE MIGUEL ANGEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.003.963.289	Miguel Angel N

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 2025 Mes MAR Día 27	MANUEL JESUS CATORRE ADARME - REG Nombre y firma

dispapeles 60395

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 06/09/2025

Ficha: 41378018503900000193

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: CELESTE

Apellidos: NARVAEZ ROJAS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080269249

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/07/2020

Última actualización ciudadano: 03/04/2025

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: CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ

Dirección: Calle 6 No 3 - 52

Teléfono: 3176617965

Correo Electrónico: administradorsisben@laargentina-huila.gov.co

Powered by CamScanner

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1080269249
NOMBRES	CELESTE
APELLIDOS	NARVAEZ ROJAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA ARGENTINA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	24/03/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/06/2025 16:13:15	**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

Powered by CamScanner

CARNÉ DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL MENOR DE 10 AÑOS

Nombres y Apellidos: Celeste Narvaez Rojas

Fecha de Nacimiento: 24 Imarzo 12025

Número de Registro Civil: 1080269 249

Nombre del Responsable: Mayerli Rojas

Parentesco: Madre

Dirección: Barrio Cristo Rey

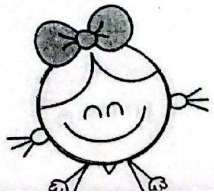
Número de Teléfono / Celular: 3228466817

Peso al nacer: 3,300 gr S.G = 38

Talla al nacer: 49 cm

Tipo de Sangre: B (-)

TSH: Cosa Coosalud



RESOLUCIÓN NÚMERO 00002465 DE 14 JUN 2016 PÁGINA 36 DE 47

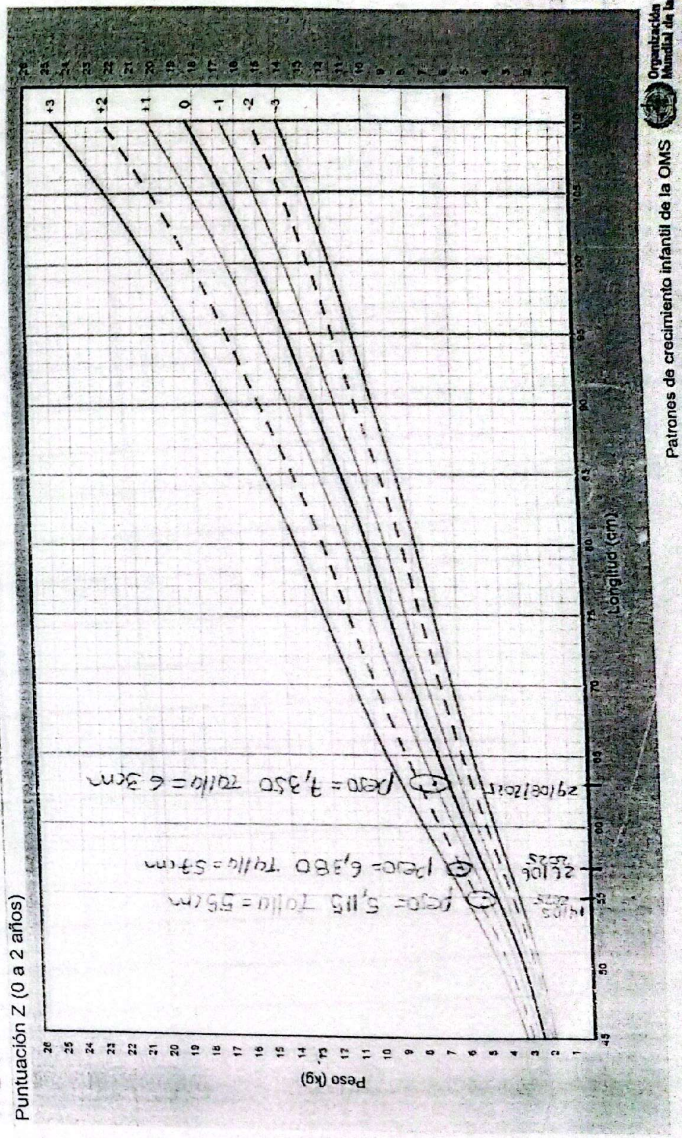
...tuación de la resolución "Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones."

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD · BIENESTAR FAMILIAR · MINSALUD · TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Peso para la Talla Niñas

Patrones de crecimiento infantil de la OMS · Organización Mundial de la Salud

Puntuación Z (0 a 2 años)



Powered by CamScanner

FECHA	EDAD EN MESES	PESO	TALLA	PERIMETRO CEFALICO	PERIMETRO BRAQUIAL	FIRMA DEL PROFESIONAL
14/05/2025	1 mes	5,115	55 cm	37 cm	40 P.T	Yulieth Q
26/06/2025	3 mes	6,380	57 cm	39,5 cm	42 P.T.	Yulieth Q
29/08/2025	5m	7,350	63 cm	41 cm	PT=45 cm	Yulieth Q

CONTROL DE CITAS

FECHA	HORA	NOMBRE DE QUIEN ATENDIÓ
14/05/2025	8AM	✓ ASISTIO.
26/06/2025	8AM	✓ ASISTIO.
29/08/2025	8AM	Doctor Andrés Muñoz ✓
21/11/2025	8AM	

Powered by CamScanner

Cita: 18-Noviembre/25
2 dosis
Tifa

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Celeste Roman Rojas
CNV 25034706H6555

Tipo de Documento: X TI CC OTRO
No. de Documento: 1080269249

Fecha de Nacimiento: 24 03 2025

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: B - Negativo

Peso al nacer: 3300 38 Talla: 49cm

Dirección: B/ Primitivo Iriarte

Teléfono 1: 3228466814

Teléfono 2: 3205013268 Niwa

Responsable: Nayeli Rojas Lasso

Municipio de residencia: La Argentina

Departamento: Huila - 10801659

Coordul.

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

Edad	Fecha Día	Fecha Mes	Fecha Año	Valoración Nutricional Peso	Valoración Nutricional Talla	Puntuación Z	Atención en salud por
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			

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

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

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

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

Tuberculosis meníngea, **H**epatitis B, **P**oliomielitis, **M**eningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus Influenzae tipo B, **D**ifteria, **T**osferina, **T**étanos, **D**iarrea por rotavirus; **N**eumonía, **O**titis, **M**eningitis bacteriemia causada por Neumococo, **E**nfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, **S**arampión, **R**ubéola, **P**arotiditis, **V**aricela, **H**epatitis A, **F**iebre Amarilla y **V**irus del Papiloma Humano.

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

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

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Celeste Norvaez Roa — Tipo de Indentificación: C. — No. ID: 1080269249

	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién Nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	24	03	2025	Serum	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ 03 12 4AD4T	H.O.J.A.P La Pista	—	—	—	Johana Mildred Lemus Cortes C.C. 57.460.719
	Hepatitis B	Recién nacido	24	03	2025	Serum	03 23 X01946	La Pista	24	05	2025	Enfermera Profesional
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	27	06	25	Biotheon B	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ 24 23 00 3A -	F.J.E.				
	Pentavalente Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	27	06	25	Serum	28 53 X 02 0E	Juan Roman			08. 2025.	Ana Mayela
	Pentavalente Hepatitis B	1ª	27	06	25	Serum	28 53 X 02 0E	Nuñez				Ana Mayela
	Pentavalente Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	27	06	25	Serum	28 53 X 02 0E	Nuñez				Ana Mayela
	Diarrea por rotavirus	1ª	27	06	25	Glaxosmith.	A12 0L E07 4AE					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	27	06	25	Pfizer	HJ527 6 - + -	Palermo	No.			Ana Mayela
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	20	08	25	Biotheon Biologic	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ 24 23 00 3A -	ESE Juan Rome				Leidy Robayo
	Pentavalente Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	20	08	25	Serum	28 53 X 02 1F	Nuñez Palacios				Leidy Robayo
	Pentavalente Hepatitis B	2ª	20	08	25	Serum	28 53 X 02 1F	La Argentina				Leidy Robayo
	Pentavalente Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	20	08	25	Serum	28 53 X 02 1F	La Argentina				Leidy Robayo
	Diarrea por rotavirus	2ª	20	08	25	Glaxo Smith.	A12 0L E19 3AA					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	20	08	25	Pfizer	HW296 3 - - -	Nuñez	18.	08.	2025	Leidy Robayo
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	18	10	25	Biotheon Biologic	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ 24 23 00 3A -	ESE Juan Rome				
	Pentavalente Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	18	10	25	Serum	28 53 X 02 1F	Nuñez Palacios				
	Pentavalente Hepatitis B	3ª	18	10	25	Serum	28 53 X 02 1F	La Argentina				
	Pentavalente Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	18	10	25	Serum	28 53 X 02 1F	La Argentina				
	Influenza estacional	1ª	18	10	25	Sanofi pasteur	U88 66 6 BA - -	La Argentina	18	11	25	Leidy Robayo
7 meses	Influenza estacional	2ª										
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª										
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo										
	Varicela	1ª										
	Hepatitis A	Única										
	*Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo										
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo										
	**Fiebre Amarilla	Única										
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª										
	Poliomielitis (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 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 materna y complementar con otros alimentos nutritivos

Powered by CamScanner

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Celeste Manuel Rojas

DOCUMENTO: 1080269249

FECHA DE ATENCION: 24 Septiembre 2025

PROXIMO CONTROL: 24 Marzo 2026

EXPEDIDO POR:

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 CDI MANOS AMIGAS 1, 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): Mayerl Rojas Lasso con RC No 1080265722 Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al Unidad de Servicio, teniendo en cuenta que es un servicio que me presta el Estado en el marco de la garantía de los derechos de los niños y las niñas.
2) Participar de las actividades que sean convocadas por UDS, la Entidad Administradora del Servicio o el ICBF, con el fin de promover el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas.
3) Cumplir el horario de atención establecido en la UDS
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira a mi hijo(a) de la UDS.
5) Entregar los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a) Estos documentos son:

   1. Certificado de afiliación a salud.
   2. Fotocopia del registro civil del niño.
   3. Fotocopia del carné de vacunas actualizado
   4. Fotocopia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado
   5. Certificación de SISBÉN.

Powered by CamScanner

NOTA: En caso de no contar con alguno de los documentos mencionados, informar en la UDS para activar la Ruta Interinstitucional que contribuya a garantizar una atención integral para mi hijo(a).

6) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) asista al servicio médico y demás actividades de promoción y prevención para lograr el mejor estado posible de salud.
7) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) transite al Sistema de Educación Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
8) Informar y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a), adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
9) Elegir o ser elegido en el comité de control social que se convoquen con el fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para la Modalidad Comunitaria

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 0 del mes Marzo del año 2025, en el Municipio de la Argentina

Mayerly Rojas L.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Blanca Calderon
AGENTE EDUCATIVA

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	F2.P2.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 Celeste Naruaez Rojas, identificado (a) con documento de identidad número 1080269249, 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, Mayerli Rojas Lasso, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1080265722, 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 Educacion inicial en el hogar

Suscriben:

Firma: Mayerly Rojas.
Nombre: Mayerly Rojas.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3228466817.
Fecha: 7/03/25.
Municipio: La Argentina.

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.003.966.269
NARVAEZ MANRIQUE
APELLIDOS

MIGUEL ANGEL
NOMBRES

Miguel Angel Narvaez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-MAY-1995
GARZON
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA
O- G.S. RH
M SEXO

12-MAY-2014 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-4400100-00584732-M-1003966269-20140609 0038968177A 1 41566862

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

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

Sr(a) : LILIA BAQUERO MONGUI
c.c. / Nit: 40270712
K 2 6 48 BR PRIMITIVO LOSADA
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780030490
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 3-LIBRETIN 3 DE LA ARGENT

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
295974070
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
85224997
Fecha De Emisión
17/02/2025

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
2 / 2025	14/01/25-13/02/25	$49,130	$49,130	0 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Estrato: 2-Bajo
Zona. OCCIDENTE
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Carga Instalada: 2000 W
Nodo: T09597-GL1P
Tipo Liqui.: lectura

COSTO UNITARIO DE PRESTACION DE SERVICIO

Generación	421.89
Transmisión	58.19
Distribución	280.72
Restricciones	7.45
Pérdidas	97.49
Comercialización	143.89
Costo Unitario	1009.62
Tarifa Aplicada	1009.6231

Indicadores De Calidad Individual

Cálculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-23087328	ISK	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	28131	28049	1	82

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	82,789
110	Interes moratorio	13
608	Ajuste Decena	<1>
995	Subsidio	<40,446>

ZONA ZERO
Punto de Pagos, Productos y Servicios
27 FEB 2025
RECAUDO
SURGES Surcolombiana de Gas S.A. E.S.P.
ElectroHuila

Últimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	1	77	2024	7	87
2024	12	65	2024	6	90
2024	11	46	2024	5	41
2024	10	73	2024	4	115
2024	9	80	2024	3	140
2024	8	78	2024	2	4

Promedio Cuenta	Consumo Año Anterior
69	4

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	82.0	516.3733	$42.343

Indicadores De Calidad Individual Retroactivo

Nodo 6500144 Grupo Calida	21
Horas a compensar	1.04
Compensacion por evento	
Meta Calidad opr Duración	62.3
Meta calidad por eventos	2
Eventos acmulados año	8
Duracion acumulador año	86.2
Consumo a compensar	121.
Cargo distribución	263

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Tasa de Interés 0.00 %

Total cuota Financiación 0

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$
Total Electrohuila	$42,35
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$6,77
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$49,13

CUFE a27e4ea4faea43e7c19148a14d3cab542ba408828fc4c12702d9b1412127002c79daf71c4b4a6224b8b862ac97954ad9 Numero de Factura Electronica EH-2008569 Numero de factura: 85224997

FOES

Kwh $/Kwh Total N. Fact

Último Pago

$46,000
30/01/2025
Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB

REPRESENTANTE LEGAL

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

VIGILADA POR SUPERSERVICIOS
NUR 2-41001000-3

Powered by 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: 2000514571

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: CELESTE NARVAEZ ROJAS

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1080269249	2025/04/01	2026/02/24

Muerte Accidental: $5.000.000,00

Gastos Médicos: $4.000.000,00

COBERTURAS:

- Muerte Accidental
- Gastos Médicos

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

seguros mundial®

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

Powered by CamScanner