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 MANOS AMIGAS 1—UA 2
PARTICIPANTE: DEREK MORALES GOMEZ
RC X_ No. 1145833722

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	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

469

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1145833722

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **240074078**

240074078

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
X						D U W

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - HUILA - LA PLATA LA PLATA H.D. S.A DE PADUA **********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MORALES **********	GOMEZ **********

Nombre(s)
DEREK **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes FEB Día 07	MASCULINO	A	POSITIVO

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 **********	24023810833613 **********

Datos de 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
GOMEZ LOPEZ YULIANA **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1089378197 **********	COLOMBIA **********

Datos de padre o madre (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
MORALES PEREZ JOSE NELSON **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1080265021 **********	COLOMBIA **********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
MORALES PEREZ JOSE NELSON **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1080265021 **********	

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 FEB Día 08	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:TOMO 2; FOLIO 275;08/02/2024

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
35565248-3

NÚMERO DE PREPARACIÓN 115355062

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 05/09/2025

Ficha: 41378002530000000037

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DEREK

Apellidos: MORALES GOMEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1145833722

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/11/2022

Última actualización ciudadano: 12/03/2024

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: CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ

Dirección: Calle 6 No 3 - 52

Teléfono: 3176617965

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

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 05/09/2025

Ficha: 41378002530000000037

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DEREK

Apellidos: MORALES GOMEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1145833722

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/11/2022

Última actualización ciudadano: 12/03/2024

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: 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	1145833722
NOMBRES	DEREK
APELLIDOS	MORALES GOMEZ
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	07/02/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/05/2025 17:15:45	**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 determ

Powered by CamScanner

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

ombres y Apellidos: Derek morales Gomez

echa de Nacimiento: 07 |02 |2024

úmero de Registro Civil: 1145833722

ombre del Responsable: Juliana Gomez

arentesco: Madre

rección: La Primavera

ımero de Teléfono / Celular: 322 6624736

so al nacer: 3,030gr Semanas: 38

lla al nacer: 48cm

o de Sangre: A (+)

H: EPS: Coosalud



Que a ningun niño le falte
UNA ESCALERA
Para llegar s sus sueños

RESOLUCIÓN NÚMERO 0000246 5 DE 14 JUN 2016 PÁGINA 25 DE 47

Continuación 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.*"

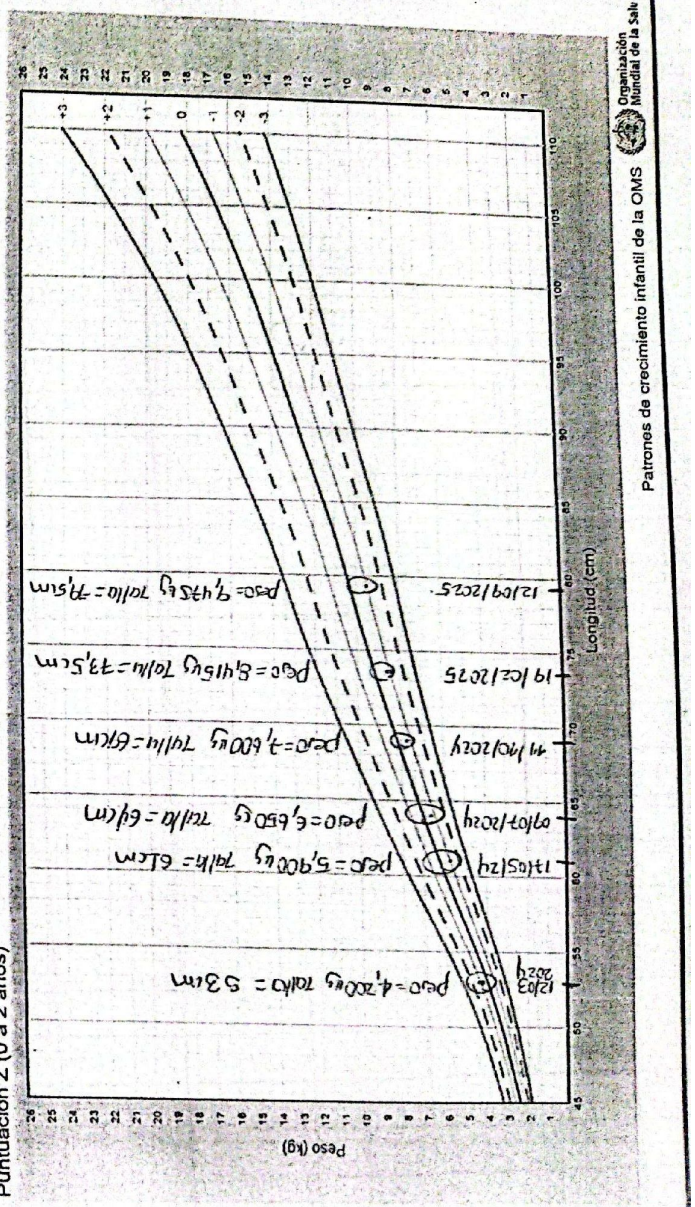
3. GRAFICAS DE LOS PATRONES DE CRECIMIENTO OMS PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES MENORES DE 18 AÑOS.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD · MINSALUD · BIENESTAR FAMILIAR

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Powered by CamScanner

FECHA	EDAD EN MESES	PESO	TALLA	PERIMETRO CEFALICO	PERIMETRO BRAQUIAL	FIRNA DEL PROFESIONAL
12/03/2024	1mes	4,200kg	53cm	36cm	PT=36cm	Médico General
17/05/2024	3mes	5,900kg	61cm	Pc=39	PT=41	Enfermera
09/07/2024	5mes	6,650kg	64cm	Pc=41	PT=42 PB=14	Médico General
11/10/2024	8mes	7,600kg	69cm	42cm	PT=43,5 PB=13,5	Enfermeria
19/02/2025	1año.	8,415kg	73,5cm	44cm	PT=45 PB=13,2cm	Medico General
12/09/2025	19mes	9,475kg	79,5cm	46cm	PT=45cm PB=13cm	Enfermeria.

CONTROL DE CITAS

FECHA	HORA	NOMBRE DE QUIEN ATENDIÓ
12/03/2024	8AM	ASISTIO ✓
17/05/24	8AM	ASISTIO ✓
09/07/2024	8AM	ASISTIO ✓
11/10/2024	8AM	ASISTIO ✓
19/02/2025	8AM	ASISTIO ✓
12/09/2025	8AM	ASISTIO ✓
24/04/2026	8AM	

Powered by CamScanner

rtunamente con todas las
ijos, **Garantiza la Protección**
rmedades como:

eníngea, Hepatitis B, Poliomielitis,
as enfermedades causadas por
fluenzae tipo B, Difteria, Tosferina,
por rotavirus; Neumonía, Otitis,
riemia causada por Neumococo,
piratoria causada por el virus de
ampión, Rubéola, Parotiditis,
is A, Fiebre Amarilla y Virus del
o.

ya
vacunas
, hazlo de una!

alud y Protección Social
Promoción y Prevención
nfermedades Transmisibles
ntegrada de Enfermedades
noprevenibles
do de Inmunizaciones (PAI)

.co @MinSaludCol

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	D		A	SI*	NO*
4 años	D		A	SI*	NO*
5 años	D		A	SI*	NO*

*Menor o igual a 20 normal

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

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

ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA	D	M	A

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	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

Oct 12 - febrero/2020
(Sem 8.000

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos Derek Mendez Gomez

NU. 240238108858613.

RC TI OTRO 1.145.888.722

Tipo de Documento No. de Documento

Fecha de Nacimiento 07 DIA 02 MES 2021 AÑO

Sexo: Masculino Coosalud.

Grupo sanguíneo: A+ Sema 6934385.

Peso al nacer: 3030gr. Talla: 48cm.

Dirección: V.to. la Perdiz039

Teléfono 1: 3226624736

Teléfono 2: 3136395148.

Responsable: Yulieth Gomez Lopez

Municipio de residencia: La Argentina

Departamento: Huila

Powered by CamScanner

y Apellidos: Derek. Mardy. Gomez. | Tipo de Indentificació | No. ID: 1.145.833.722.

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
					Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐					
Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	07	01	2024	Serum	03 7 3 H A 0 5 2	H.O.S.P La Plata	07	04	2024	Cristina Mildred Serna Cortes
Hepatitis B	Recién nacido	07	01	2024	Serum	03 2 3 B 0 0 5 E	H.O.S.P. La Plata				C.C. 57.460.719
					Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐					Auxiliar de Enfermería
Poliomielitis (VIP)	1ª	09	04	24	BiotNouven Biotyl	7 2 3 4 0 0 2 A -	ESE Juan Ramon	08	06	24	Leidy Rebollo
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	09	04	24	Serum	2 B 5 2 X 0 0 3 A	ESE Juan Ramon	08	06	24	Leidy Rebollo
Hepatitis B	1ª	09	04	24	Serum	2 B 5 2 X 0 0 3 A	ESE Juan Ramon	08	06	24	Leidy Rebollo
Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	09	04	24	Serum	2 B 5 2 X 0 0 3 A	ESE Juan Ramon	08	06	24	Leidy Rebollo
Diarrea por rotavirus	1ª	09	04	24	GlaxoSmith	A B 0 1 D 3 5 0 A A	ESE Juan Ramon	08	06	24	Leidy Rebollo
Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	09	04	24	Pfizer	6 W 7 6 6 5 - - -	ESE Juan Ramon	08	04	24	Leidy Rebollo
					Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐					
Poliomielitis (VIP)	2ª	08	06	24	BiotNouven Biotyl	2 2 3 4 0 0 3 A -	ESE Juan Ramon	08	08	24	Leidy Rebollo
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	08	06	24	Serum	2 8 5 2 X 0 1 A C	ESE Juan Ramon	08	08	24	Leidy Rebollo
Hepatitis B	2ª	08	06	24	Serum	2 8 5 2 X 0 1 A C	ESE Juan Ramon	08	08	24	Leidy Rebollo
Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	08	06	24	Serum	2 8 5 2 X 0 1 A C	ESE Juan Ramon	08	08	24	Leidy Rebollo
Diarrea por rotavirus	2ª	08	06	24	Glaxo smith	A B 0 1 D 7 5 0 A A	ESE Juan Ramon	—	—	—	
Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	08	06	24	Pfizer	6 W 7 6 6 5 - - -	ESE Juan Ramon	01	02	25	Leidy Rebollo
					Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐					
Poliomielitis (VIP)	3ª	17	08	24	BiotNouven Biotyl	2 2 3 9 0 0 2 A -	ESE Juan Ramon	17	08	25	Leidy Rebollo
Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	17	08	24	Serum	2 8 5 2 9 0 1 1 E	ESE Juan Ramon	17	08	25	Leidy Rebollo
Hepatitis B	3ª	17	08	24	Serum	2 8 5 2 9 0 1 1 E	ESE Juan Ramon	17	08	25	Leidy Rebollo
Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	17	08	24	Serum	2 8 5 2 9 0 1 1 E	Alianza Pereira SA Argent	17	09	24	Leidy Rebollo
Influenza estacional	1ª	17	08	24	Butantan	2 A 0 0 9 7 9 - 00					Leidy Rebollo
Influenza estacional	2ª	18	09	24	Butantan	2 9 0 0 9 7 9 - 00	ESE Juan Ramon	Refuerzo			Leidy Rebollo
Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	14	02	25	Serum	0 1 5 3 N 0 0 5 A	ESE Juan Ramon	15	08	25	Leidy Rebollo
Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	14	02	25	Pfizer	H J 5 2 7 6 - - -	Norte Palacio	—	—	—	Leidy Rebollo
Varicela	1ª	14	02	25	Merck Sharp	9 0 1 4 8 2 0 -	JA Argentina Huila	01	02	25	Leidy Rebollo
Hepatitis A	Única	14	02	25	Merck Sharp	6 0 0 3 6 0 1 - -		—	—	—	Leidy Rebollo
*Influenza estacional	Anual	15	08	25	Seqirus	8 1 0 0 2 4 0 8 2 C	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebollo
Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	15	08	25	BiotNouven Biotyl	2 4 2 3 0 0 3 A -	Norte palacio	—	—	—	Leidy Rebollo
Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☑	1er Refuerzo	15	08	25	Serum	2 8 5 3 X 0 2 1 F	JA Argentina	—	—	—	Leidy Rebollo
**Fiebre Amarilla	Única	9	4	25	BIO Manguinhos	2 3 K 0 6 5 0 - -	E.S.E JRAP	—	—	—	Cristian Vargas
Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	15	08	25	Serum	0 1 3 3 N 1 2 1 A	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebollo
Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo										
Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
Varicela	Refuerzo										
Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
	2ª										
	3ª										
Covid-19	1ª										
	2ª										
	1er Refuerzo										
	2do Refuerzo										

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

aterna 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: Derek Morales Gomez.

DOCUMENTO: 1145833722

FECHA DE ATENCION: 1 Julio 2025

PROXIMO CONTROL: 1 Febrero 2026

EXPEDIDO POR: Carolina Bolaños Vargas
Aux. Salud Oral
C.C. 1080266471

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): Derek Morales Gomez con RC No 1145833722 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 06 del mes Marzo del año 2025, en el Municipio de la Argentina

Yeliana Gomez L.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Blanca Calderón
AGENTE EDUCATIVA

Powered by 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 Derek Morales Gomez, identificado (a) con documento de identidad número 1145833722, 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, Yuliana Gomez Lopez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1089388197, 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 Cornuellas, 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: Yuliana Gomez L.
Nombre: Yuliana Gomez lopez
Calidad - Titular: ✓ Representante legal: ✓
Teléfono de contacto: 3226624736
Fecha: 06/03/2025
Municipio: La Argentina

¡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.

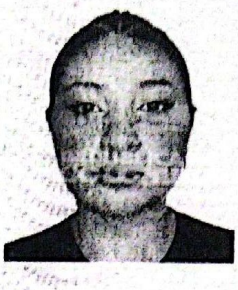
Powered by CamScanner

472

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.089.378.197**
GOMEZ LOPEZ
APELLIDOS
YULIANA
NOMBRES

Yuliana Gómez L
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-ENE-2004**
PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
07-ENE-2022 MARSELLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2405400-01276475-F-1089378197-20220118 0077857098A 1 8503786802

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

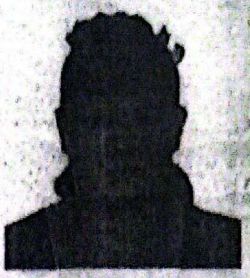
NUMERO 25180091

GOMEZ LOPEZ
APELLIDOS

ISABEL
NOMBRES

ISABEL GOMEZ LOPEZ

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-1981
SEVILLA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

30-MAY-2001 DOSQUEBRADAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

P-2402500-54094081-F-0025180091-20011019 0494901285A 01 118215790

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transmisora Buena Energía
Electrificadora del Huila S.A. ESP
Nit. 891180 001-1

Sr(a): VALENCIA DE CARMONA MARIA ELICENIA
C.C. / Nit: 26526586
CRA 2 10-30 B. CORINTO
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780043330
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 4-LIBRETIN 4 DE LA ARGENT

SU CÓDIGO DE CUENTA N°
295238063
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No
84845431
Fecha De Emisión
16/01/2025

Periodo	Periodo Facturado	Pago Total	Pago Mínimo	Periodos Vencidos
1/ 2025	14/12/24-14/01/25	$74,330	$74,330	1 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Estrato: 1-Bajo Bajo
Zona: OCCIDENTE
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Carga Instalada: 1000 W
Nodo: T09598-GL1P
Tipo Liqui.: lectura

Generación	41
Transmisión	55
Distribución	263
Restricciones	3
Pérdidas	96
Comercialización	145
Costo Unitario	982
Tarifa Aplicada	982.5

Calculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-8060948	KRI	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	17432	17360	1	72

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
0	Deuda Capital	34,242
21	Consumo Periodo	70,742
110	Interes moratorio	171
607	Ajuste Decena	3
995	Subsidio	<41,079>

Ultimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2024	12	83	2024	6	23
2024	11	115	2024	5	34
2024	10	122	2024	4	36
2024	9	84	2024	3	29
2024	8	77	2024	2	39
2024	7	22	2024	1	32

Promedio Cuenta: 83
Consumo Año Ant.: 32

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	72.0	411.9816	$29.663

Nodo 5500143 Grupo Calida	A1
Horas a compensar	
Compensacion por evento	
Meta Calidad por Duracion	62.
Meta calidad por eventos	
Eventos acumulados año	
Duracion acumulador año	91.
Consumo a compensar	82.
Cargo distribución	266

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Tasa de Interés 0.00 %

Total cuota Financiación 0

Debido al no pago oportuno de su factura, ELECTROHUILA procederá a la suspensión del servicio de energía eléctrica, una vez quede en firme la presente decisión, contra la cual procederán los recursos de reposición ante la división de PQR, en subsidio el de apelación ante la 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 2395d5ba963376f97d56897666bf6c33a376426d9417ddea4d34edeffc1532ee038e781bffc28a53615a6806ba867aa6

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total Electrohuila	$64,079
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Publico	$10,251
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$74,330

FOES

Kwh$/Kwh Total N. Fact

Ultimo Pago

$54,900
28/11/2024
Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB
Pag: 1969

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento
PAGO INMEDIATO
Suspensión a Partir del
PAGO INMEDIATO

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
Línea gratuita 018000 117766
Correo electrohuila@lineatransparencia.com
Accede directamente escaneando el Código QR.

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

(415)7707274499679(8020)0295238063(3900)0000074330(96)20250127

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: DEREK MORALES GOMEZ

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1145833722	2025/02/24	2026/02/24

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

COBERTURAS:

- Muerte Accidental
- Gastos Medicos

En caso de accidente para consultar terminos y condiciones comunicate a nuestras lineas de atencion

seguros mundial®

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

Powered by CamScanner