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
PARTICIPANTE: LIAM SAMUEL ROBLES RUIZ
RC X No. 1080269002

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 1.080.269.002

Indicativo Serial 63547679

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 2 B

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ROBLES	RUIZ

Nombre(s)

LIAM SAMUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes ENE Día 04	MASCULINO	A	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
PRESENTACION PERSONAL Y FIRMA DEL FOLIO	

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

RUIZ ALCANTARA CAROLINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.192.760.106	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

ROBLES ALARCON JESUS IGNACIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.154.056	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RUIZ ALCANTARA CAROLINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.192.760.106	Carolina Ruiz

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 MAR Día 13	MANUEL JESUS LATORRE 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: 4137820030103090000092

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LIAM SAMUEL

Apellidos: ROBLES RUIZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080269002

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/07/2025

Última actualización ciudadano: 04/07/2025

Última actualización via registros administrativos: 28/02/2025

***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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

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	1080269002
NOMBRES	LIAM SAMUEL
APELLIDOS	ROBLES RUIZ
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	NUEVA EPS S.A. -CM	SUBSIDIADO	05/06/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/06/2025 17:43:23	**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

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 (KG)	Talla (cm)	Perímetro cefálico (cm)	Perímetro braquial (cm)	Clasificación nutricional	Valoración desarrollo Motricidad gruesa	Motricidad fina/adaptativa	Audición y lenguaje	Personal social	Test Goodenough Edad mental	Apgar familiar	Próximo control DD	MM	AA	Observaciones
0 a 1 Mes (Medicina)	10	02	2024	1			5310	51.3	37												
2 a 3 Meses (Enfermería)	12	Abril	2024		7	090	T59.	PC40	T44.									25	05	24.	
4 a 5 Meses (Medicina)	04	Abril	2024		7	2059	PC40.5	T42	PB 15.5									06	07	24	
6 a 8 Meses (Enfermería)	07	Julio	24	P-7620	T64.5	PC-42.	PT 43 - PB primero combo 9 noviembre 24														
9 a 11 Meses (Enfermería)	09	NOV	24	P 8490	T=69,5	PC=44	PT=46	PB:14.									Próx cita=> 11-04-2025				
12 a 17 Meses (Medicina)	11	Abril	25	P=8,990	T=74	PC=45	PT=48	PB=13,5									Próx cita=) 12/09/2025.				
18 a 23 Meses (Enfermería)	12	09	2025	20 meses	P=9,480	T/talla=78,5cm	PC=43,6	PT=46	PB=13,5								Próx cita=) 20/02/2026				
24 a 29 Meses (Medicina)																					
30 a 35 Meses (Enfermería)																					
3 Años (Medicina)																					
4 Años (Enfermería)																					
5 Años (Medicina)																					
6 Años (Medicina)																					
7 Años (Enfermería)																					
8 Años (Medicina)																					
9 Años (Enfermería)																					
10 Años (Medicina)																					
11 Años (Enfermería)																					

Powered by CamScanner

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, Fiebre 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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

	D	M	A
1.ª entrega	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A
4.ª entrega	D	M	A
5.ª entrega	D	M	A

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

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

*Menor o igual a 20 normal

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

Resultado Tamizaje Neonatal	SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO		D	M	A
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

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

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

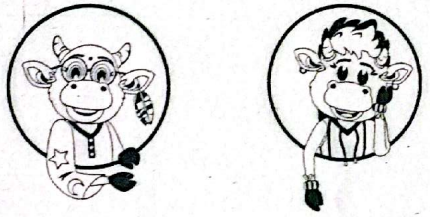
ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

	D	M	A
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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Ida 04-Enero-2029 (5 años 8 meses)

Carné de Vacunación



Nombres y Apellidos

Liam Samuel Ruiz Alcantara

CNV.240124108 10639

RC [X] TI [ ] OTRO [ ] 1080269002.

Tipo de Documento No. de Documento

Fecha de Nacimiento 04 DIA 01 MES [illegible] AÑO

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: Angelino

Peso al nacer: 3405 Kg. 40.3 Talla:

Dirección: B/ La Esmeralda

Teléfono 1: 3125399325

Teléfono 2:

Responsable: Carolina Ruiz Alcantara

Municipio de residencia: La Argentina

Departamento: Huila.

CC 1192760106.

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Liam Samuel Ruiz Alcantara Tipo de Indentificación No. ID: 1080269002

	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 meníngea (BCG)	Única	01	01	2024	Serum	0 3 7 2 M A 0 5 2	H.D.J.P La Plata	04	03	2024	Johana Mildred Lemus Cortes
	Hepatitis B	Recién nacido	01	01	2024	Serum	0 3 2 3 0 0 5 E	H.D.J.P La Plata				C.C. 57.460.719
						Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐					Auxiliar de Enfermeria
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	3	24		Bitthoven.	2 2 3 5 0 0 1 A -	E.S.E JRNP	4	5	24	Cristian Vargas.
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) (Pentavalente)	1ª	3	24		Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	E.S.E JRNP	4	5	24	Cristian Vargas
	Hepatitis B (Pentavalente)	1ª	3	24		Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	E.S.E JRNP	4	5	24	Cristian Vargas
	Difteria, Tétanos, Tosferina (Pentavalente)	1ª	3	24		Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	E.S.E JRNP	4	5	24	Cristian Vargas
	Diarrea por rotavirus	1ª	3	24		Glato Smith	A 2 0 2 L P 7 5 C A	E.S.E JRNP	4	5	24	Cristian Vargas
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	3	24		FPitter	6 4 7 6 6 5 - - -	ESE JRNP	4	8	24	Cristian Vargas
						Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐					
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	4	05	24	Bitthoven Biology	2 2 3 4 0 0 3 A -	ESE Juan Ramon	4	07	24	Leidy Robayo
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) (Pentavalente)	2ª	4	05	24	Serum	2 8 5 2 X 0 1 4 C	ESE Juan Ramon	4	07	24	Leidy Robayo
	Hepatitis B (Pentavalente)	2ª	4	05	24	Serum	2 8 5 2 X 0 1 4 C	ESE Juan Ramon	4	07	24	Leidy Robayo
	Difteria, Tétanos, Tosferina (Pentavalente)	2ª	4	05	24	Serum	2 8 5 2 X 0 1 4 C	ESE Juan Ramon	4	07	24	Leidy Robayo
	Diarrea por rotavirus	2ª	4	05	24	Blackosmith.	A 2 0 1 D 7 J 0 AA	Nuevo Palacio	4	07	24	Leidy Robayo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	4	05	24	PF1200	6 4 7 B 6 5 - - -	La Argentina (H2)	4	07	24	Leidy Robayo.
						Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐					
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	4	07	24	Bitthoven Biology	2 2 3 A 6 0 2 A -	ESE Juan Ramon	04	07	25	Leidy Robayo
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) (Pentavalente)	3ª	4	07	24	Serum	2 8 5 2 4 0 1 1 E	Nuevo Palacio	04	07	25	Leidy Robayo
	Hepatitis B (Pentavalente)	3ª	4	07	24	Serum	2 8 5 2 4 0 1 1 E	La Argentina	04	07	25	Leidy Robayo
	Difteria, Tétanos, Tosferina (Pentavalente)	3ª	4	07	24	Serum	2 8 5 2 4 0 1 1 E	La Argentina	04	07	25	Leidy Robayo
	Influenza estacional	1ª	4	07	24	Butantan	0 0 9 7 9 - 0 0	Hospital	03	08	24	Leidy Robayo
7 meses	Influenza estacional	2ª	10	08	24	Butantan	0 0 9 7 9 - 0 0	ESE Juan Ramon	Orden			Leidy Robayo
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	28	01	25	Serum	2 8 5 3 X 0 0 3 A	ESE Juan Ramon	11	07	25	Leidy Robayo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	28	01	25	PF128	0 1 3 3 N 1 2 1 A	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Robayo
	Varicela	1ª	28	01	25	Merck	2 8 5 3 X 0 2 E	Nuevo Palacio.	—	—	—	Leidy Robayo
	Hepatitis A	Única	25	01	25	Merck	1 4 8 A 6 0 - -	La Argentina	—	—	—	Leidy Robayo
	*Influenza estacional	Anual	07	25		seqirus	0 5 2 8 5 - - -	Hospital	—	—	—	Leidy Robayo
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	07	25		Bitthoven Biology	P 1 6 0 3 9 0 8 0 4	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Robayo
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo	07	25		Serum	2 4 2 3 6 6 0 3 A	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Robayo
	**Fiebre Amarilla	Única	4	25		Bio Manguinhos	2 8 5 3 X 0 2 E	Nuevo Palacio.	—	—	—	Leidy Robayo
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	07	25		Serum	2 6 5 0 - - -	ESE JRNP	—			Cristian Vargas
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo					0 1 3 3 N 1 2 1 A	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Robayo
	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 **Aplica para 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: Liam Samuel Robles R.	**DOCUMENTO:** 1080269002
CONTROL DE PLACA **FECHA DE ATENCIÓN:** 16 Julio 2025	**PROXIMO CONTROL:** 16 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 I, 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): Liam Samuel Ruiz Alcantara con RC No 1080269002 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.

Carolina Ruiz
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 Liam Samuel Ruiz Alcantara, identificado (a) con documento de identidad número 1080269002, 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, Carolina Ruiz Alcantara, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1192760106, 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 Cornellas, 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: Carolina Ruiz
Nombre: Carolina Ruiz
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3125399375
Fecha: 06-03-2025
Municipio: LA ARGENTINA HUILA

Powered by CamScanner

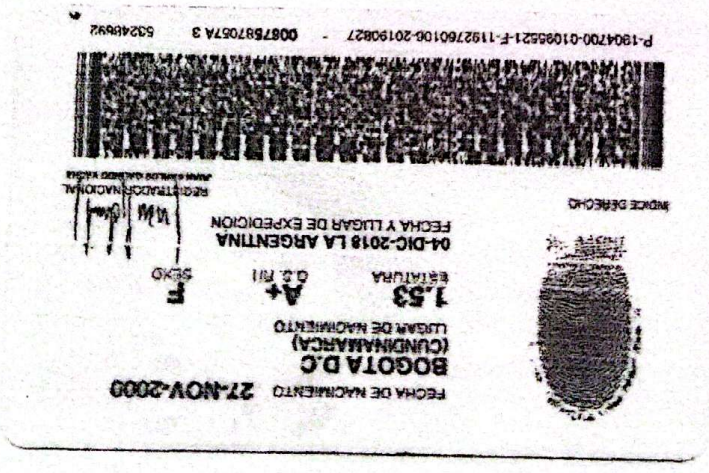
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.192.760.106
RUIZ ALCANTARA

APELLIDOS
CAROLINA

NOMBRES

Carolina Ruiz
FIRMA



P-1804700-0109552-F-1192760106-20190827 - 0087587057A 3 5324668W2

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JAIME ORLANDO SANABRIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
04-DIC-2018 LA ARGENTINA

1.53 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

FECHA DE NACIMIENTO 27-NOV-2000
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

Powered by CamScanner

BetPlay
Agotástate a tu pasión
Giros
Recargas

Sr(a) : ARNULFO RUIZ MORENO
c.c. / Nit: 91500377
CALLE 9A 1-27 OTRA FLIA EN EL
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780044340
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 4-LIBRETIN 4 DE LA ARGENT

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
454712189
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
85226253
Fecha De Emisión
17/02/2025

Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
14/01/25-13/02/25	$44,100	$44,100	0 meses

2025

la Cuenta

e Servicio: Residencial
Estrato: 1-Bajo Bajo
Zona: OCCIDENTE
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Carga Instalada: 200 W
Nodo: T09596-GL1P
Tipo Liqui.: lectura

COSTO UNITARIO DE PRESTACIÓN 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
1-27183	CDM	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	15359	15267	1	92

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	92,885
110	Interes moratorio	14
995	Subsidio	<54,880>

Ultimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	1	66	2024	7	83
2024	12	62	2024	6	75
2024	11	72	2024	5	113
2024	10	76	2024	4	110
2024	9	82	2024	3	97
2024	8	72	2024	2	109

Promedio Cuenta: 71
Consumo Año Anterior: 109

Indicadores De Calidad Individual Retroactivo

Nodo 6500312 Grupo Calida	21
Horas a compensar	.4672
Compensacion por evento	
Meta Calidad opr Duración	62.37
Meta calidad por eventos	21
Eventos acmulados año	86
Duracion acumulador año	91.04
Consumo a compensar	115.
Cargo distribución	263.7

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	92.0	413.0987	$38.005

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Tasa de Interés 0.00 %

Total cuota Financiación 0

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total Electrohuila	$38,019
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$6,081
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$44,100

CUFE 14b87031695f36a6d75cc0a1f3585d37e694c43401e59d1c45e38156da341d7999e4d71154f31186bbba4cc104f7647 Numero de Factura Electronica EH-2011807 Numero de factura: 85226253

FOES

Kwh$/Kwh Total N. Fact

Ultimo Pago

$31,540
31/01/2025
Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB
Pag: 2082

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

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

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 escanenado el Código QR.

(415)7707274499679(8020)0454712189(3900)0000044100(96)20250226

Powered by CamScanner

seguros mundial®

Accidentes personales

Protegemos tus pasos

Línea de atención

Línea nacional:

01 8000 112 684

en caso de accidente.

Conoce nuestra **red médica**

Página web:

www.segurosmundial.com.co

N° Póliza: 2000514571

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: LIAM SAMUEL ROBLES RUIZ

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1080269002	2025/02/24	2026/02/24

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

En caso de accidente comunícate a nuestra línea **018000112684.**
Para más información acerca de la póliza comunícate a nuestras líneas:

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

www.segurosmundial.com.co

Powered by CamScanner