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: MAXIMILIANO ORTEGA CAMAYO
RC X No._1106642645

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

Indicativo Serial 58004755

58004755

NUIP 1106642645

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 5 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código T 5 B

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ORTEGA	CAMAYO

Nombre(s)

MAXIMILIANO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes AGO Día 15	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	23088710605321

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

CAMAYO SISCO CARMELINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1060101295 de LA ARGENTINA	COLOMBIANA

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

ORTEGA CEBALLOS JUAN PABLO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1080262114	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ORTEGA CEBALLOS JUAN PABLO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1080262114	Juan pablo ortega

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 AGO Día 18	HILDA MARLENY GONZALEZ PEDRAZA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Juan pablo ortega Firma	HILDA MARLENY GONZALEZ PEDRAZA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO 01 FOLIO 94.

NOTARIA 5ª HILDA MARLENY GONZALEZ PEDRAZA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL HUILA
MUNICIPIO DE LA ARGENTINA
RESGUARDO INDÍGENA PIÇKWE ÎKH
Resolución No.009 – 22 de Julio del 2003
Ministerio del Interior y de Justicia, Dirección de Etnia
NIT. 813006669-3

EI SUSCRITO GOBERNADOR DEL RESGUARDO INDIGENA PIÇKWE ÎKH EN USO DE LAS FACULTADES LEGALES OTORGADAS EN LA CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA Y DEMAS NORMATIVIDADES NACIONALES E INTERNACIONALES EN ESPECIAL DEL DERECHO PROPIO

CERTIFICA A: **Nº. 021**

Que, **MAXIMILIANO ORTEGA CAMAYO** identificado (a) con R.C N.º **1.106.642.645** expedida en la Argentina Huila, está registrado en el listado censal del resguardo; por lo tanto, es comunero (a) que conserva sus prácticas y valores del Pueblo Nasa de acuerdo a la Administración política – organizativa, territorial, jurisdiccional, cultural y espiritual del resguardo Pickwe Ikh, municipio de La Argentina Huila.

Se expide para tramites del interesado para efectos legales.

Para constancia se firma en la oficina principal del resguardo indígena Pickwe Ikh a los diez (10) días del mes de marzo del año 2025.

ALCIBIADES HUITASCUE PETE
CC Nº 1062076000
GOBERNADOR PRINCIPAL.

JEIDY YULIED INSECA VIVAS
CC Nº 1004153335
SECRETARIA GENERAL.

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	1106642645
NOMBRES	MAXIMILIANO
APELLIDOS	ORTEGA CAMAYO
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	01/02/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/06/2025 16:34:58	**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

Powered by CamScanner

Datos del niño

1 er apellido: ORTEGA

2do apellido: CAMAYO

Nombre: MAXIMILIANO

Fecha de nacimiento: Día: 15 Mes: 08 Año: 2023 Grupo Sanguíneo: O RH: +

Lugar de nacimiento: IBAGUE Municipio:

Departamento: EPS-S: A I C. Mallamas

No. de Afiliación: No. de Registro Civil: 1106642645.

En caso de urgencia por favor avisar a:

Nombre: Kaimelina CAMAYO.

Domicilio: LA ARGENTINA Municipio:

Departamento: HUILA Teléfono: 3115978317.

Otros domicilios:

Datos Familiares

Padre

Apellidos: Nombres:

Profesión: Fecha de nacimiento:

Grupo sanguíneo: RH Teléfono:

Madre

Apellidos: Nombres:

Profesión: Fecha de nacimiento:

Grupo sanguíneo: RH Teléfono:

Antecedentes familiares de interés que puedan influir en la salud del niño

Powered by CamScanner

Información de salud oral

Fecha de Revisión	Alteraciones de tejidos blandos y [illegible]		Alteraciones de tejidos duros (no dentales)		Maloclusiones		Otras alteraciones		Niña sana	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

Fecha de Revisión	Uso de elementos fluorados			Atención odontológica		Aplicación de sellantes		¿Se requiere atención odontológica?		Elementos para la higiene oral			
	Si	No	Cuales	Si	No	Si	No	Si	No	Cepillo	Crema	Seda	Otro, ¿Cual?

Edad de inicio de la higiene oral:_____Edad de inicio de la dentición: _____

Anotar los datos significativos para la salud del niño:

FECHA	EDAD	PESO	TALLA	PERÍMETRO CEFÁLICO	PRÓXIMA VISITA	OBSERVACIONES
16-4-2024	8Meses.	8.79	70	43	16-Julio 2024 Hora: 4:00pm Enfer.	
05-09-2025	2AÑOS	11,700kg	84cm	47	18-Oct-1-2026.	8A1

Remisiones

_____

_____

_____

Powered by CamScanner

La salud es de todos | Minsalud

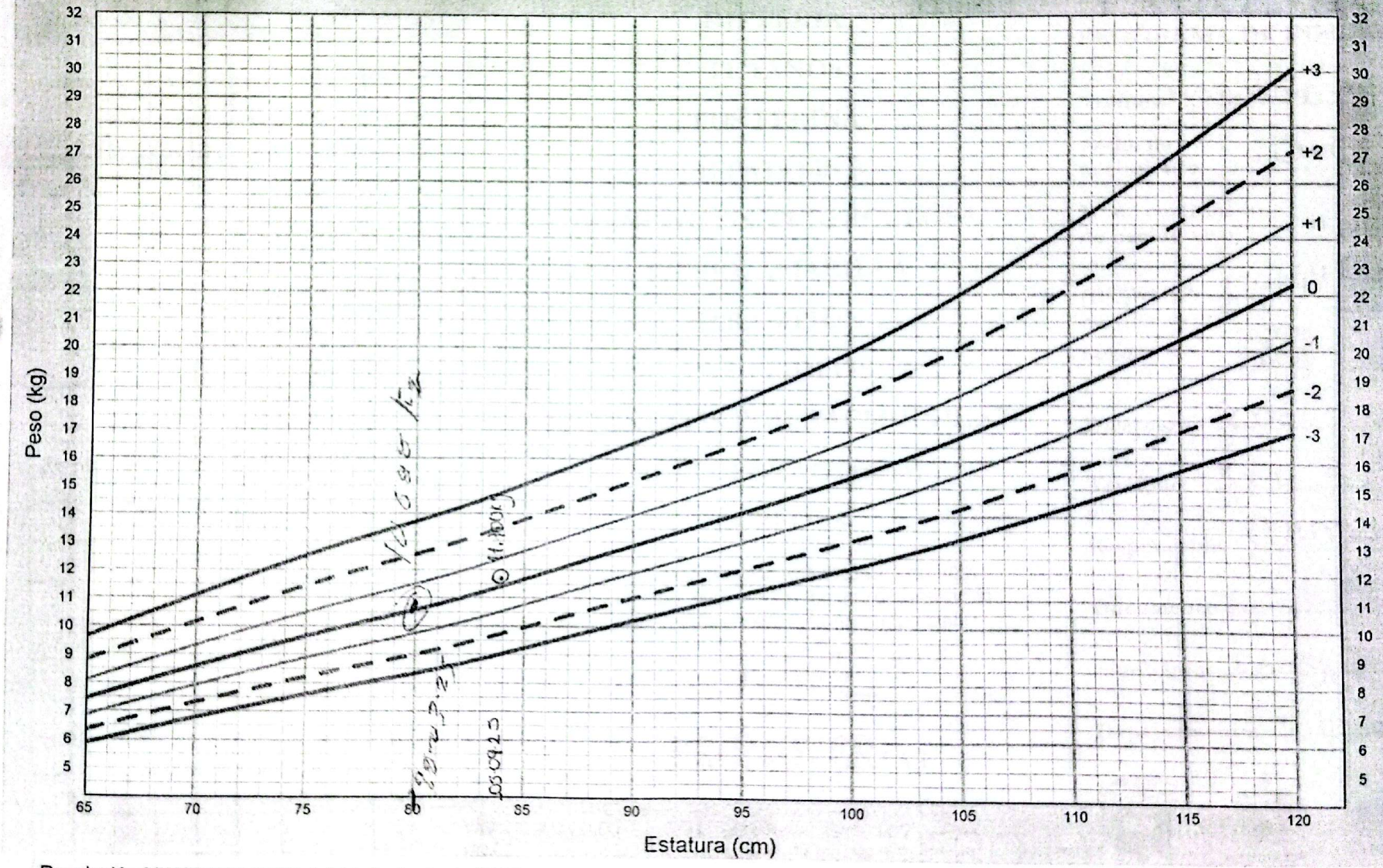
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

BIENESTAR FAMILIAR

PESO PARA LA TALLA NIÑOS

Puntuación Z (2 a 5 años)





Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
publicada en el diario oficial numero 49926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

Cartilla de Salud Infantil

Powered by CamScanner

EN CUMPLIMIENTO A LA NORMA TÉCNICA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL MENOR DE 10 AÑOS (RES. 412/00)

CITAS PROGRAMADAS

FECHA - HORA				CLASE DE CITA					CUMPLIÓ
DÍA	MES	AÑO	HORA	MEDICINA	ENFERMERÍA	ODONTOLÓGICA	AGUDEZA VISUAL	OTRO CUAL	

VACUNAR OPORTUNAMENTE CON TODAS LAS DOSIS A TUS HIJOS, **GARANTIZA LA PROTECCIÓN FRENTE A ENFERMEDADES**

PARÁLISIS INFANTIL

(POLIOMIELITIS)

DIFTERIA

TÉTANOS

TOS FERINA

HEPATITIS B

MENINGITIS TUBERCULOSA

FIEBRE AMARILLA

SARAMPIÓN

PAROTIDITIS

MENINGITIS POR HAEMOPHILUS

INFLUENZAE (gripe)

RUBÉOLA

Cualquier día es bueno para vacunar a tus hijos.
En Colombia todos los días son días de vacunación.
Es fácil, gratis y sobre todo, muy importante.

PROMOVER S.A.S
Servicio con calidez humana
Carrera 4B N°. 33-08 - Barrio Cádiz
Tel.: 273 9402 Ext. 107
Ibagué - Tolima
www.promoversas.com.co

Cita 15-Agosto-26. (Sarna) 7:30a.

PROMOVER S.A.S
Servicio con calidez humana

CARNÉ DE VACUNACIÓN

PROGRAMA DE INMUNIZACIONES

Nombre: Maximiliano Ortega Camayo

Fecha de nacimiento: 15-08-23

N° de certificado de nacido vivo: AIC

(RC)NUIP: 1106642645

Pendiente [illegible]

Sexo: M F

Dirección: Cocllo cocora

Teléfono: 311 597 83 17

Responsable: Carmelina Camayo

Documento c.c.: 1060101295

Municipio: Ibagué

Departamento: Tolima

Sarna Est: 395
Peso 3.005gr

Libertad y Orden
GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
SECRETARÍA DE SALUD DEL TOLIMA

Peso. 3005gr.
Sarna Est: 395

Powered by CamScanner

NOMBRE Maximiliano Ortega. David REGISTRO CIVIL 1.106.642.645.

EDAD	ME PROTEGE DE	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN DD MM AA	LABORATORIO	NÚMERO DE LOTE	IPS VACUNADORA	FECHA PRÓXIMA CITA DD MM AA	NOMBRE DEL VACUNADOR
Recién nacido	Tuberculosis B.C.G.	Única	16 08 23	Serum	0377 MRO 93			Leidy Valbuena
	Hepatitis B	Recién nacido	16 08 23		0322 400 93			
2 Meses	Polio (Oral - IM)	1ª	18.10.23	Bilthoven	2233002			María Camila Niño Villarraga Aux. Enfermería C.C. 1.110.5..725
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	18.10.23	Serum	28514037B			
	Rotavirus	1ª	18.10.23	GSK	AR06046AB			
	Neumococo	1ª	18.10.23	Prevenar	658635		16 10 23	
4 Meses	Polio (Oral - IM)	2ª	18.12.23	Bilthoen	2239001			Jorena Morales
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	18-12-23	Serum	28514037B			Jorena Morales
	Rotavirus	2ª	18-12-23	GSK	AR06046AB		18 12 23	Jorena Morales
	Neumococo	2ª	18 12-23	Prevenar	658635			Jorena Morales
6 Meses	Polio (Oral - IM)	3ª	19Feb24	B.Bidogic	2233004			Edinson Morales T.P Salud Pública Aux Enfermería 85 763 624
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza tipo B y Difteria - Tosferina y Tétano (DPT)	3ª	19Feb24	Serum	28514033			
7 Meses	Influenza	1ª	24-May-24	Butantan	2490976/00	Esejun Ramon	25 02 25	Leidy Robayo.
8 Meses	Influenza	2ª	25-Jun-24	Butantan	2400914/00	Esejun Ramon	anual	Leidy Robayo.
12 a 23 Meses Refuerzo anual	Influenza	R						
	Influenza	R						
12 Meses	Sarampión - Rubéola - Paperas (SRP)	1ª	15-08-24	Serum	0133H004A	ESE Jun Ramon	25 02 25	Leidy Robayo.
	Varicela	1ª	15 08 24	Merck sharp.	F004451	ESE Jun Ramon	15 08 28	Leidy Robayo.
	Neumococo	Refuerzo	15-08-24	PFIZER	6X1912	ESE Jun Ramon	- - -	Leidy Robayo
	Hepatitis A	1ª	15-08-24	Sinovac	20220404	ESE Jun Ramon	- - -	Leidy Robayo
18 Meses	Polio	1er Refuerzo	28-02-25	Bilthoenbio	2333019A	ESE Jun Ramon	16 08 28	Leidy Robayo.
	(DPT) Pentavalente	1er Refuerzo	28-02-25	Serum	28533023	ESE Jun Ramon	16 08 28	Leidy Robayo.
	Fiebre amarilla	Única	28-02-25	Serum Inst.	13A851N	ESE Jun Ramon	- - -	Leidy Robayo.
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión - Rubéola - Paperas (SRP)	Refuerzo	28-02-25	Serum.	0133N004A	ESE Jun Ramon	- - -	Leidy Robayo.
Vacunas NO POS	Meningococo a partir de 3 meses	1ª						
	Meningococo	2ª						
	Meningococo	3ª						
	Meningococo	4ª						
	Neumococo A partir de 6 meses	3ª						
	Varicela	2ª						
	Hepatitis A	2ª						
	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						

SAN FRANCISCO U.S.I. Unidad de Servicios de Salud E.S.P. Centro de Salud la Francia VACUNACIÓN

PROMOVER S.A.S Servicio con calidez humana

Powered by CamScanner

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
LA ARGENTINA - H

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Maximiliano Ortega Camajo	**DOCUMENTO:** 110 6642645.
CONTROL DE PLACA **FECHA DE ATENCIÓN:** 24/Abril 2025 **PROXIMO CONTROL:** 24 oct 2025	**TOPICACIÓN DE FLUOR** **FECHA DE ATENCIÓN:** 24 Abril 2025 **PROXIMO CONTROL:** 24 oct 2025
EXPEDIDO POR: Karina Garzia Martinez Auxiliar en Salud Oral CC 1004154284	

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): Maximiliano Ortega Camayo con RC No 1106642645 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 ____ del mes Marzo del año 2025, en el Municipio de La Argentina.

carmelina camayo
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Blanca Calderon
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 Maximiliano Ortega Camayo, identificado (a) con documento de identidad número 1106642645, 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, Carmelina Camayo Sisco, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1076101295, 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: Carmelina
Nombre: carmelina camayo sisco
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3115978317
Fecha: 06-Marzo-2025
Municipio: la argentina Huila

Powered by CamScanner

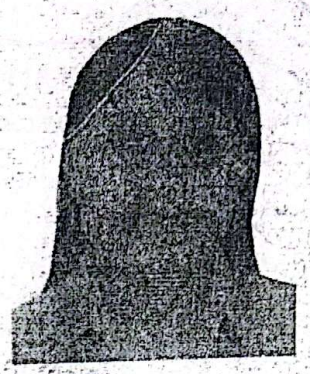
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.060.101.295**

CAMAYO SISCO
APELLIDOS

CARMELINA
NOMBRES

Carmelina Camayo
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-ABR-1999**
CALDONO
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

03-MAY-2017 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1904700-00911769-F-1060101295-20170609 0055731994A 1 48429324

Powered by CamScanner

CEDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.080.262.114



Apellidos
ORTEGA CEBALLOS

Nombres
JUAN PABLO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.65

Sexo
M

Fecha de nacimiento
26 FEB 1990

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
LA ARGENTINA (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
18 JUL 2008, LA ARGENTINA

Firma
Juan Pablo ortega

Fecha de expiración
17 AGO 2033

.CO

029195130

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL029195130019047<<<<<<<<<<<
9002269M3308176COL1080262114<4
ORTEGA<CEBALLOS<<JUAN<PABLO<<<

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transportando buena energía
Nit 891 180 031-1

CODIGO CUENTA NIU
0063087

pago electrónicos
FT -CFE -05 -001

Para

AUTORETENEDORES DE RENTA RESOL. No. 7
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓ
RESOL 000855 DEL 14/07/16 DIAN BOMOU
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR
DEL 00/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

FACTURA DE VENTA No. 84685534

TOTAL A PAGAR
$ 74.900

Documento equivalente según artículo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 27-ENE/2025

FECHAS DE LECTURAS: 09-NOV-2024 / 07-ENE-2025
FECHA SUSPENSIÓN: 29-ENE-2025

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	BLANCA FANNY GUANARITA COMETA	Nit CC	258707959
Dirección	VDA EL PESCADOR	Ruta	692058066
Municipio	LA ARGENTINA	Ciclo	070
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6500134
Carga Contratada	4	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Consumo (kwh)
6677258846HN		A	S	8	7081	6976	105

Promedio Cu... a 109 — Consumo Año Anterior 168 — Consumo Anterior 168

ULTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
DIC	105
OCT	118
AGO	105
JUN	104
ABR	104
FEB	139
DIC	160

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU: DIU: HC:
EC: VC: VCD:
VCF: CEC:
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 07/12/2024
Valor $ 109860

LIQUIDACIÓN CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
52.5	982.574 =	51585
52.5	982.5245 =	51583

Valor Total Energía del Periodo	$	103.168
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 59.881
Valor Total Energía Facturado	$	43.287

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES		OTROS CARGOS	
INTERES MORATORIO	$	52	OTROS CARGOS	$ 0
CONSUMO PERIODO	$	103.168	ALUMBRADO P	$ 2.164
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$	2.164	VALOR ELECTROHUILA	$ 72.736
AJUSTE DECENA	$	- 3		
SEGUROS EXQUIALES MAPFRE	$	29.400		
SUBSIDIO	$	- 59.881		

TOTAL A PAGAR
$ 74.900

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO | C PEND | TOTAL CONV | SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION | C PEND | TOTAL FIN | SALDO FIN | CUOTA

FOEB: Consumo Kwh | $Kwh | Valor $ | No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 419.0 Tm: 55.0 PRn,m: 96.0 Dn,m: 263.0 Rm: 3.0 Cv,m: 14
5.0 CUv,n,m: 982.5245 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO | CAPITAL | INT. CORRIENTE | INT. MORA

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®

N° Póliza: 2000514571

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: MAXIMILIANO ORTEGA CAMAYO

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1106642645	2025/03/19	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 consultar términos y condiciones, comunícate a nuestras líneas de atención

seguros mundial®

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

Powered by CamScanner