REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

NUIP 1145833769

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 240074125

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradur	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código	D	U	W
X									

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
SUAREZ **********	PEREZ **********

Nombre(s)

SARAY NICOL **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes MAR Día 06	FEMENINO	O	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 **********	24038610887847 ******

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con linea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PEREZ MARIN ESMERALA **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI No. 1077320305 **********	COLOMBIA ********

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con linea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

SUAREZ FIERRO LISANDRO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 83250314 **********	COLOMBIA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SUAREZ FIERRO LISANDRO **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 83250314 **********	

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 07	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

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

Powered by CamScanner

47

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	1145833769
NOMBRES	SARAY NICOL
APELLIDOS	SUAREZ PEREZ
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.	SUBSIDIADO	01/07/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/06/2025 16:30:18	**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

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 06/09/2025

Ficha: 4137800310389000002154

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SARAY NICOL

Apellidos: SUAREZ PEREZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1145833769

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/12/2024

Última actualización ciudadano: 12/12/2024

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

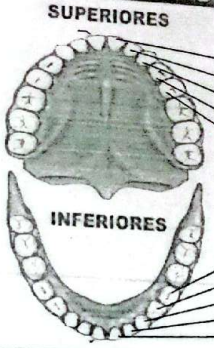
Dirección: Calle 8 No 3 - 53

Teléfono: 3179617963

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

Powered by CamScanner

EDAD DE ERUPCIÓN DE DIENTES TEMPORALES ("DE LECHE")



SUPERIORES	
DIENTE	EDAD
Incisivo Central	
Incisivo Lateral	
Canino	
Primer Molar	
Segundo Molar	

INFERIORES	
DIENTE	EDAD
Segundo Molar	
Primer Molar	
Canino	
Incisivo Lateral	
Incisivo Central	

RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

Los primeros dientes debe limpiarlos con un algodón o una gasa húmeda. Cuando los dientes temporales estén completos enseñar al niño la forma correcta de cepillarse los dientes y el uso de seda dental, ayudándolo hasta cuando pueda hacerlo bien.

Nunca deje dormir al niño con el biberón en la boca, porque el azúcar facilita la caries dental, además el chupo puede originar alteración de la forma de los maxilares y mal posición de los dientes. Procure no dar dulces o caramelos entre comidas.

La primera visita al odontólogo debe hacerse antes del primer año.

CUIDADOS GENERALES

Bañe al niño todos los días , lávele las manos y los dientes, córtele las uñas, póngale zapatos cuando camine. NO USE TALCOS NI CHUPOS.

No le de aceite para purgarlos. Evite que su niño se acerque a los enfermos.

Exprese afecto al niño, álcelo, abrácelo y acarícielo. Permita que el niño juegue y dedique tiempo para jugar con él. Involucre al niño en las actividades de la familia. Hable con el niño y responda con amor a sus intentos de comunicarse y llamar la atención. Permita que el niño se mueva libremente. No castigue, engañe, ni asuste al niño para obligarlo a obedecer.

Explíquele al niño las cosas que no debe hacer. No exija que el niño realice tareas que no puede hacer por su edad. Sea siempre sincero con él.

MAMÁ SI MI HIJO ESTÁ ENFERMO, DEBO REVISAR SI PRESENTA LAS SEÑALES DE PELIGRO QUE ME OBLIGAN A LLEVARLO AL SERVICIO DE URGENCIAS O VALORACIÓN INMEDIATA POR MÉDICO

- Mi hijo no puede beber ni tomar el pecho.
- Vomita todo lo que come.
- Ha tenido convulsiones o ataques.
- Está letárgico (Muy Dormido) o inconsciente (sin sentido).
- Le chilla el pecho o respira con dificultad.
- Respira más de 60 veces en un minuto.
- Presenta deposiciones diarreicas o líquidas.
- Presenta fiebre alta (mayor de 39° centigrados).
- Presenta fiebre más de 3 días.

EDAD	TIPO DE VACUNA		1 DOSIS UNICA	2da DOSIS		3ra DOSIS		A los 12 meses de edad	
			Fecha	Fecha		Fecha		Fecha	
				Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna
Recién Nacido	Antituberculosa - BCG								
	Hepatitis B (Recién Nacido)								
A partir de los 2 Meses	PENTAVALENTE	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)							
		Haemophilus influenze - TIPO b							
		Hepatitis B							
	Vacuna oral de polio - VOP								
	Vacuna oral de rotavirus								
	Vacuna contra el neumococo								
A partir de los 4 Meses	PENTAVALENTE*								
	Vacuna oral de polio - VOP								
	Vacuna pral de rotavirus								
	Vacuna contra el neumococo								
A partir de los 6 Meses	PENTAVALENTE*								
	Vacuna oral de polio - VOP								
De 6 meses a 23 meses	Vacuna de Influenza (De 6 meses a 23 meses)								
A los 12 meses	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)								
	Fiebre Amarilla (FA)								
	Vacuna contra el neumococo								

		Al año de la 3ra DOSIS		A los 5 Años de edad		ADICIONALES	
		Fecha		Fecha		Fecha	
		Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna
Al año de las terceras dosis	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)						
	Vacuna oral de polio - VOP						
A los 5 Años de edad	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)						
	Vacuna oral de polio - VOP						
Adicionales	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)						

REHIDRATACIÓN ORAL - SUERO ORAL



En un litro de agua hervida y fría, mezcle todo el contenido de un sobre de suero oral.

Si el niño NO ESTA DESHIDRATADO, dele con cucharita y vaso dos onzas como mínimo, después de cada deposición.

Si el niño presenta ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN acuda a la Promotora de Salud, a la Unidad de Rehidratación Oral UROCS más cercana, o al Hospital.

AL MES	EDAD	A LOS 24 MESES	EDAD
Palabra vigorosamente.		Salta en los dos pies.	
Sigue con los ojos el movimiento de un objeto.		Hace torre de 5 o más cubos.	
Se sobresalta con el ruido.		Dice más de 20 palabras claras.	
Sigue movimientos del rostro.		Control diurno de orina.	
A LOS 3 MESES		A LOS 36 MESES	
Sostiene la cabeza.		Camina hacia atrás.	
Se lleva objetos a la boca.		Separa objetos grandes y pequeños.	
Balbucea con las personas.		Usa oraciones completas.	
Se voltea cuando se le habla.		Se baña solo las manos y la cara.	
A LOS 6 MESES		A LOS 48 MESES	
Intenta sentarse solo.		Lanza y agarra la pelota.	
Pasa objetos de una mano a otra.		Copia cuadrado y circulo.	
Reacciona cuando se le llama.		Describe bien un dibujo.	
Pone atención a la conversación.		Tiene un amigo especial.	
A LOS 9 MESES		A LOS 60 MESES	
Se sienta por sí solo.		Hace rebotar y agarra la pelota.	
Agarra objetos con los dedos pulgar e índice.		Dibuja escalera.	
Dice una palabra clara.		Nombra 4 o 5 colores.	
Imita palabras.		Organiza Juegos.	
A LOS 12 MESES		A LOS 72 MESES	
Se para solo.		Salta desde 60 cms de altura.	
Busca objetos escondidos.		Dibuja casa.	
Entiende orden sencilla.		Conoce días de la semana.	
Bebe en taza sola.		Comenta vida familiar.	
A LOS 18 MESES		A LOS 84 MESES	
Corre.		Salta alternando los pies.	
Pasa hojas de un libro.		Copia una figura de líneas curvas.	
Reconoce seis objetos.		Conoce ayer, hoy y mañana.	
Anticipa deseos de ir al baño.		Conoce fechas especiales.	

CITAS PROGRAMADAS

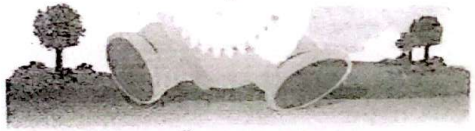
AÑO	MES	DÍA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2024	Abril	13	7:00	✓	
2024	Junio	01	8:00	Jadith	
2024	Agosto	10	8:00	Jadith	
2024	Noviem	15	7:00	Judith	
2025	Febrero	07	08:00	Judith	
2025	Julio	19	7am.	✓	
2026	Enero	17	7am.		

Atención con Calidad Humana

E.S.E. JUAN RAMÓN NUÑEZ PALACIOS
Nit. 813.010.966-1 Tel: 8311607
Código del Prestador: 41378003821
La Argentina - Huila



TSH=6,5uUI



CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

Nombre: Saray Nicol Suarez Perez.
Fecha de nacimiento: 06/03/2024. O+
Registro Civil: 1145833769. 5637
Teléfono: 3113553441. PD 3015
Dirección: La Argentina TN 49.
Barrio o Vereda: Las Aguila Yateví
Nombre del Responsable del Niño: Lisandro Suarez Esmeralda Perez.
EPS Afiliación: N EPS S. Total
Sitio de Atención: ESE Juan Ramon.

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS AGENTES DE SALUD SE LO RECOMIENDE.

Powered by CamScanner

· **Oportunamente** con todas las
:us hijos, **Garantiza la Protección**
enfermedades como:

)sis meníngea, **H**epatitis B, **P**oliomielitis,
s y otras enfermedades causadas por
ilus Influenzae tipo B, **D**ifteria, **T**osferina,
Diarrea por rotavirus; **N**eumonía, **O**titis,
s bacteriemia causada por Neumococo,
ad respiratoria causada por el virus de
za, **S**arampión, **R**ubéola, **P**arotiditis,
Hepatitis A, **F**iebre Amarilla y **V**irus del
Humano.



sca ya
is vacunas

erio de Salud y Protección Social
rección de Promoción y Prevención
ección de Enfermedades Transmisibles
de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
ama Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

salud.gov.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			
4 años			
5 años			

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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						

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							

Cita:

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL





Carné de Vacunación





Nombres y Apellidos: Saray Nicol Suarez Perez
CNT 240356106B7841

X | TI | otro

Tipo de Documento: 1145833769 — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 6 / 03 / 2024

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: O Positivo.

Peso al nacer: 3015, 37g. Talla: 49cm

Dirección: Vda las Aguitas Potrero

Teléfono 1: 3113553414

Teléfono 2: 3205013268 Vacunació

Responsable: Esmeralda Perez Marin

Municipio de residencia: La Argentina

Departamento: Huila — Nueva EPS — 1077320305

Powered by CamScanner

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE:	**DOCUMENTO:**
Saray Nicol Suarez. Perez.	1145833769.
CONTROL DE PLACA **FECHA DE ATENCIÓN:** 09 Abril 2025 **PROXIMO CONTROL:** 09 octu 2025	**TOPICACIÓN DE FLUOR** **FECHA DE ATENCIÓN:** 09 Abril 2025 **PROXIMO CONTROL:** 09 oct 2025
EXPEDIDO POR: Karina Gaviria Martinez Auxiliar en Salud Oral CC 1004154284	

Powered by CamScanner

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): Saray Nicol Suarez Perez con RC No 1145833769 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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Argentina

Nombre completo de la niña o niño Saray Nicol Suarez Perez

Fecha de nacimiento 06 03 2024 **N° Documento de Identidad** 1145833769

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 06 03 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Anyuli Andrea Castillo Trujillo

Fecha de registro cualitativo 27 05 2025

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ●
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

La niña Saray ha iniciado a dar sus Primeros paso se torna muy alegre cada que lo realiza mira asu madre muy contenta.

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Blanca Yaneth Calderón Torres

Fecha de registro cualitativo 05 08 2025

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ●
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

la partecipante demuestra sus deseos de explorar su medio, en ocasiones es egocentrica, pronuncia algunas palabras. imita gestos y comportamientos. Cumple con los ítems acordes a su edad.

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

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 Saray Nicol Suarez Perez, identificado (a) con documento de identidad número 1145833769, 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, Esmeralda Perez Marin, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1077320305, 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 Corhoellas, 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: esmeralda Perez Marin
Nombre: esmeralda Perez Marin
Calidad - Titular: X Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3125540064
Fecha: 07-03-2025
Municipio: La Argentina

Powered by CamScanner

55

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.077.320.305



Apellidos
PEREZ MARIN

Nombres
ESMERALDA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.56	F

Fecha de nacimiento — G.S.
08 AGO 2006 — O+

Lugar de nacimiento
TOPAIPI (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
20 AGO 2024, LA ARGENTINA

Fecha de vencimiento
20 AGO 2034

Firma
Esmeralda Perez Marin

.CO

053185363

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL053185363619047<<<<<<<<<<
0608082F3408205COL1077320305<7
PEREZ<MARIN<<ESMERALDA<<<<<<<<

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **83.250.314**
SUAREZ FIERRO

APELLIDOS
LISANDRO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-NOV-1983**
GARZON
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-ENE-2002 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00343892-M-0083250314-20111031 0028358119A 3 1941478787

Powered by CamScanner

SU CODIGO CUENTA NIU

289983931

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit. 891.180.001-1

Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohuila.com.co FT -CFE -05 -001

AUTORETENEDORES DE RENTA, RESOL. No 547/2002
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART.4
RESOL : 000955 DEL 14/07/16 DIAN ROMOB GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 08/01/99 SECRETARÍA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL A PAGAR

FACTURA DE VENTA No. 84684414

$ 17.320

Documento equivalente según artículo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 30/ENE/2025

FECHAS DE LECTURAS	09/NOV/2024
	10/ENE/2025
FECHA SUSPENSIÓN	03/FEB/2025

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	GOMEZ BURBANO MARY	Nit CC	211165
Dirección	VDA LAS AGUILAS	Ruta	6920520231
Municipio	LA ARGENTINA	Ciclo	070
Clase Servicio	Residencial	Estrato	2

INFORMACIÓN TÉCNICA

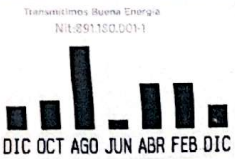
Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6515106
Carga Contratada	209	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Cod.Medidor	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
S[illegible]71	KRI	A	S	0	16851	16819	1	32

Promedio Cuenta 41 Consumo Año Anterior 32 Consumo Anterior 32

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
DIC	32
OCT	35
AGO	63
JUN	25
ABR	44
FEB	44
DIC	32

CALIDAD DEL SERVICIO

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

ULTIMO PAGO

Fecha 18/11/2024
Valor $ 18900

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
16.0	982.574 =	15721
16.0	982.5245 =	15720

CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)

Valor Total Energía del Periodo	$ 31.441
Valor (Subsidio/Contribución %)	$ - 14.950
Valor Total Energía Facturado	$ 16.491

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO PERIODO	$ 31.441
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 825
AJUSTE DECENA	$ 4
SU[illegible]	$ - 14.950

OTROS CARGOS	$ 0
ALUMBRADO P	$ 825
VALOR ELECTROHUILA	$ 16.495

TOTAL A PAGAR

$ 17.320

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

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit. 891.180.001-1

Código de Cuenta : 289983931
Factura de Servicios Públicos No: 84684414
Periodo DIC 2024 *Fecha de Vencimiento:* 30/ENE/2025
Suspensión a partir de: 3/FEB/2025

Valor Total a Pagar $ 17.320

(415)7707274499679(8020)0289983931(3900)0000017320(96)20250130

Señor cajero favor dejar libre de sellos tanto el frente como el respaldo de este factura

SAMI Version 1.2.1 24061217 Lector 6554

Powered by CamScanner

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES

PROTEGEMOS EN 3 PASOS



Línea de Atención

#599

Bogotá

Nacional

mundial

COBERTURAS

Powered by CamScanner