DARWIN SANTIAGO

EPIA DURAN

RC 1081734701

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

Huellas de Amor
Para Tu Vida



CONTENIDO CARPETA INDIVIDUAL

- fotografía del usuario
- EVCDI-R
- póliza
- Ley de protección de datos
- Acta de compromiso de padres.
- Autorización uso de imagen
- Fotocopia de registro civil (legible, sin tachones ni enmendaduras).
- Criterio de focalización. (sisben, certificado desplazado o indígena etc) actualizado 2025.
- Acta de visita domiciliaria (cuando aplique).
- Certificado de afiliación al SSGSS (certificado adres) actualizado cada 3 meses 2025
- Fotocopia de recibo publico
- Fotocopias identificaciones de acudientes.
- Fotocopia de control de crecimiento y desarrollo.
- Fotocopia del esquema de vacunación.

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad Saladoblanco

Nombre completo de la niña o niño Darwin Santiago Epia Durán

Fecha de nacimiento 22 06 2020 **N° Documento d entidad** 1081734701

Sexo Masculino ☒ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 28 04 -25

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Maria Constanza Vargas Bermeo

Fecha de registro cualitativo 28 07 25.

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 El menor Darwin Santiago Epia es un niño muy activo, le gusta mucho jugar, compartir con sus compañeritos, es muy colaborador, le gusta mucho correr, saltar y desarrollar las actividades pedagógicas

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo

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)***

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo

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

oración ılitativa ⇨	Relación con los demás															Relación consigo misma/o												Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social																	
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	11 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

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

Nº Póliza: 2000505434

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: DARWIN SANTIAGO EPIA DURAN

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1081734701	2025/05/06	2026/02/01

Muerte Accidental	$10.000.000,00	Gastos Médicos	$9.000.000,00

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

Huellas de Amor
Para Tu Vida

LEY DE PROTECCIÓN DATOS PERSONALES

En nuestra calidad de responsables del uso de la información de nuestros usuarios y grupos de interés, dando cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales y el decreto reglamentario 1377 de 2013, poniendo a su disposición en www.funcamino.org el Aviso de Privacidad, Las Políticas de tratamiento de sus datos Personales y la Autorización del Uso de su Información Personal. Este último se pone a su disposición, para que, si está de acuerdo, sea diligenciado y entregado.

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

Autorizo a la corporación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA, a realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a) Para que la fundación pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Operador de Programas misionales del ICBF.
b) Facilitar los Documentos requeridos por los sistemas de información de las entidades autorizadas o las entidades gubernamentales que propenden por el desarrollo integral de las niñas y los niños de primera infancia, madres gestantes y bebes lactantes, bajo el compromiso de mantener la confidencialidad de la información.

DECLARACIONES DEL TITULAR

Yo María Catalina Durán Daros Identificado con CC 1081.732.979. Expedida en Sabanalarga Acudiente del menor Darwin Santiago Era. Identificado con Registro Civil de Nacimiento Numero 1081734701.

DECLARO:

a. Toda la información suministrada es verdadera.
b. Conozco los derechos y las condiciones para el tratamiento de datos, Incluyendo de manera enunciativa:
Conocer íntegramente y de forma gratuita mis datos personales o de mi hijo(a) o acudiente, así como actualizarlos y rectificarlos frente a **la fundación** o los encargados del tratamiento.
Conocer el uso que se le ha dado a mis datos personales, previa solicitud de la fundación.
Para efectos de ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir información, revocar la autorización, entre otros, podré acudir a HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA como responsable del tratamiento de manera gratuita al Área de Gerencia, quienes estarán disponibles para la misma.

María catalina Duran C.
Firma Usuario y/o Acudiente

Powered by CamScanner

República de Colombia
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Huila
Centro Zonal Pitalito

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

ACTA DE COMPROMISO PARA PADRES DE FAMILIA
MODALIDAD HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR
VIGENCIA 2025

En mi calidad de padre (madre) de familia, usuario(a) del servicio prestado por el ICBF en el Hogar Comunitario de Bienestar Travesuras en el cual labora la Madre Comunitaria María Constanza Vargas 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 educación inicial de mi hijo (a): Darwin Santiago Cera Durán. Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al Hogar Comunitario, 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 la Madre Comunitaria, Integralidad, 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) Acompañar a mi hijo(a) a su llegada y salida segura del Hogar Comunitario, teniendo en cuenta el horario de atención establecido entre las 8:00 a.m. y las 4:00 p.m.
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias entrego y recibo a mi hijo(a).
5) Entregar a la Madre Comunitaria, en un periodo inferior a dos (2) meses, los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a). Estos documentos son:
   1. Fotocopia de la cédula de los padres o responsables del niño.
   2. Fotocopia del registro civil del niño.
   3. Fotocopia del carné de vacunas.
   4. Fotocopia del carné de crecimiento y desarrollo
   5. Certificación de la clasificación del SISBÉN.

   NOTA: En caso de contar con alguno de los documentos mencionados, informar a la Madre Comunitaria para activar la Ruta Interinstitucional que contribuya a garantizar una atención integral para mi hijo(a).

Powered by CamScanner

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 a la Madre Comunitaria y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a) al Hogar Comunitario, adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
9) Elegir o ser elegido en el comité de control o veedurías ciudadanas que se convoquen con el fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para la Modalidad Hogares Comunitarios de Bienestar.
10) Mantener relaciones interpersonales que promuevan la convivencia pacífica con los padres usuarios y con la Madre Comunitaria.
11) Cumplir con el pago de la cuota de participación, si esta ha sido acordada en Asamblea de Padres y si no pertenezco a una familia en situación de desplazamiento.
    NOTA: Los recursos recaudados por concepto de la cuota de participación, serán invertidos en pro de la calidad del servicio y de manera prioritaria se podrán invertir en la adquisición de la Póliza de Seguro para los niños y niñas beneficiarios.
12) Informar al ICBF o a la Entidad Administradora del Servicio sobre situaciones que afecten el desarrollo integral o la permanencia de los niños y niñas en el Hogar Comunitario de Bienestar.

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el ____ del mes _____ del año 2025, en el Municipio de Soledad blanco.

Maria catalina duran claros

Nombre y Firma del Padre (Madre) de Familia

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	11/07/2024
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 5	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 Darwin Santiago Epia Duran, identificado (a) con documento de identidad número 1.081.734.701, 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Maria Catalina Duran Claros, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.081.732.979, 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

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 y adolescentes 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 y adolescentes, 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 Carbuellas, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa HCB.

Suscriben:

Firma: Maria Catalina Duran Claros.
Nombre: Maria Catalina Duran C.
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3214541218
Fecha: _____
Municipio: Saladoblanco.

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 2282885

NUIP 1.081.734.701...

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

EPIA DURAN DARWIN SANTIAGO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)										Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	0	Mes	J	U	N	Día	2 2	MASCULINO	A +

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

COLOMBIA HUILA PITALITO

Fecha de Inscripción (Mes en letras)										Indicativo serial
Año	2	0	2	0	Mes	J	U	L	Día	0 3	0059221916

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

DURAN CLAROS MARIA CATALINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.081.732.979	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

EPIA EPIA KEVIN ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.004.074.907	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

DURAN CLAROS MARIA CATALINA

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.081.732.979

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA HUILA SALADOBLANCO — Código: L 6 D

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2 0 2 2 Mes S E P Día 2 3

Nombre y firma del funcionario

LUIS ALBERTO MOLINA CHAVARRO

Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil

29806403-3

Powered by CamScanner

Sisbén

Departamento Nacional de Planeación

Fecha de consulta: 24/04/2025

Ficha: 41660021544600001421

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres DARWIN SANTIAGO

Apellidos EPIA DURAN

Tipo de documento Registro Civil

Número de documento 1081734701

Municipio SALADOBLANCO

Departamento HUILA

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente 21/10/2021

Última actualización ciudadano

21/10/2021

Última actualización via registros administrativos

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador	SANTIAGO LOZANO CRUZ
Dirección	Calle 2 No 5 - 10 Esquina
Teléfono	3134762454
Correo Electrónico	familiasaladoblanco@gmail.com

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	1081734701
NOMBRES	DARWIN SANTIAGO
APELLIDOS	EPIA DURAN
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	SALADOBLANCO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	04/24/2025 14:43:49	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 afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Powered by CamScanner

AUTOELEMENTOS DE VENTA FISCAL No 0472000
DIAN EXONERADO RESOLUCION NUMERACION ART. 2
NUMERACION DEL 14-02 AL 01AM SOMOS GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTOELEMENTOS IVA CIRCULAR 3
DEL 08/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

FACTURA DE VENTA No. 59106528

Documento equivalente segun articulo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 25 MAR 2021

TOTAL A PAGAR

$ 21.230

FECHAS DE LECTURAS
FECHA SUSPENSION

02 ENE 2021
02 MAR 2021
25 MAR 2021

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	JOSE LEIBER BARRIOS MORALES	Nit CC	83029259
Direccion	VDA SAN RAFAEL	Ruta	26600431005
Servicio	SALADO BLANCO	Ciclo	052
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 Secundaria	Circuito	8690088
Carga Contratada	0	Nombre	T05876
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (Kwh)
6677439206HN		A	S	0	1653	1571	1	82

Promedio Cuenta 98 | Consumo Año Anterior | Consumo Anterior

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
DIC	90
OCT	100
AGO	100
JUN	96
ABR	103
FEB	102
FEB	194

CALIDAD DEL SERVICIO

Codigo Transformador
Grupo
Total Interrupcion
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 16/01/2021
Valor $ 18180

LIQUIDACIÓN

Consumo(Kwh)	Tarifa($/Kwh)	Valor Total($)
41.0	614.806 =	25207
41.0	617.8801 =	25333

CONSUMO PERIODO		
Consumo(Kwh)	Tarifa($/Kwh)	Valor Total($)

Valor Total Energia del Periodo	$	50.540
Valor (Subsidio/Contribución %) -60 %	$	- 30.324
Valor Total Energia Facturado	$	20.216

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR ME		
Consumo Periodo	$	50.540	
Subsidio	$	- 30.324	
Impuesto Alum. Publico	$	1.011	
Ajuste Decena	$	3	
OTROS CARGOS	$	0	
ALUMBRADO P	$	1.011	
VALOR ELECTROHUILA	$	20.219	

TOTAL A PAGAR

$ 21.230

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	CUOTAS PEND.	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	CUOTAS PEND.	TOTAL FIN.	SALDO

FUEB: Consumo (Kwh) $(Kwh) Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 229.0 Tm: 36.0 PRn,m: 44.0 Dn,m: 191.0 Rm: 24.0 Cv,m: 9
9.0 CUv,n,m: 617.8801 ($/Kwh)

CREDIVALORES

CUOTA	CAPITAL	INT.CORRIENTE	INT.MORA

Electrohuila
NIT 891 180 008-0

Código de Cuenta : 964594623
Factura de Servicios Publicos No: 59106528
Periodo ENE 2021 Fecha de Vencimiento: 25 MAR 2021
Suspensión a partir de: 25/MAR/2021

Valor Total a Pagar **$ 21.230**

(415)7707274499679(8020)096459462(3900)0000021230(96)20210325

Señor cajero favor dejar libre de sellos tanto el frente como el reverso de esta factura

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.081.732.979

DURAN CLAROS

APELLIDOS

MARIA CATALINA

NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-DIC-1996

PAICOL
(HUILA)

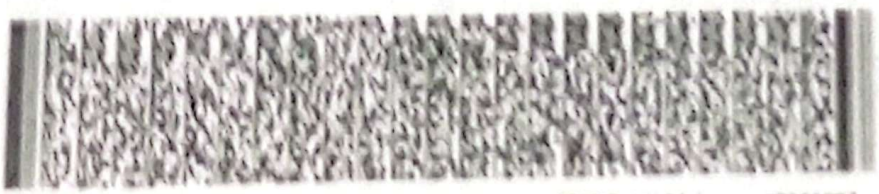
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	A+	F
ESTATURA	G.S RH	SEXO

18-MAR-2015 SALADOBLANCO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL



A-1906700-00871645 F-1081732979-20161214 0052643018A 1 4596103Z

Powered by CamScanner

TIPO VACUNA		1a DOSIS o UNICA	2da. DOSIS		3ra. DOSIS		A los 12 meses de edad	
		FECHA	FECHA		FECHA		FECHA	
			CITA	VACUNA	CITA	VACUNA	CITA	VACUNA
Antituberculosa - BCG								
Hepatitis B (Recién Nacido)								
PENTAVALENTE	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)							
	Haemophilus influenzae tipo b							
	Hepatitis B							
Vacuna oral de polio - VOP								
Vacuna oral de rotavirus								
Vacuna contra el neumococo								
PENTAVALENTE*								
Vacuna oral de polio - VOP								
Vacuna oral de rotavirus								
Vacuna contra el neumococo								
PENTAVALENTE*								
Vacuna oral de polio - VOP								
Vacuna de Influenza (De 6 meses a 23 meses)								
Sarampión Rubeola Paperas (SRP)								
Fiebre Amarilla (FA)								
Vacuna contra el neumococo								

		A ño de la 3ra DOSIS		A los 5 años de edad		ADICIONALES	
s terceras dosis	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)						
	Vacuna oral de polio - VOP						
ños de edad	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)						
	Vacuna oral de polio - VOP						
	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)						
cionales							

DRATACIÓN 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.

o presenta ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN acuda a la ora de Salud, a la Unidad de Rehidratación Oral UROCS mas , o al Hospital.

	EDAD		EDAD
rosamente.		A LOS 24 MESES	
s ojos el		Salta en los dos pies.	
de un objeto.		Hace torre de 5 ó más cubos.	
a con el ruido.		Dice más de 20 palabras claras.	
ientos del rostro.		Control diurno de orina.	
SES		A LOS 36 MESES	
abeza.		Camina hacia atrás.	
dos a la boca.		Separa objetos grandes y pequeños.	
n las personas.		Usa oraciones completas.	
ando se le habla.		Se baña solo las manos y la cara.	
SES		A LOS 48 MESES	
arse solo.		Lanza y agarra la pelota.	
s de una mano a otra.		Copia cuadrado y círculo.	
uando se le llama.		Describe bien un dibujo.	
ón a la conversación.		Tiene un amigo especial.	
SES		A LOS 60 MESES	
r si solo.		Hace rebotar y agarra la pelota.	
os con los dedos		Dibuja escalera.	
ice.		Nombra 4 ó 5 colores.	
labra clara.		Organiza juegos.	
os.			
ESES		A LOS 72 MESES	
		Salta desde 60 cms de altura.	
		Dibuja casa.	
		Conoce días de la semana.	

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DÍA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2020	agosto	14	2:00	✓	
2020	octubre				
2020	noviembre	-	10:00	✓	
2021	enero	22			
2021	febrero	13	8:40	✓ extra	
2021	MAYO	12	4:00	✓	
2021	noviembre	22	10:40		
2022	enero	21	8:00	✓	
2023	Julio				
2023	agosto	01	7:40	✓	
2024	Julio				
2025	mayo	20	11:40	✓ cita	
2026	Mayo				
2026	Mayo				



IAMI

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES
SALADOBLANCO - HUILA NIT. 813.012.833-1



CARNE DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

Nombre Daxwin Santiago Epia Dusan

Fecha de nacimiento 22-06-2020

Registro Civil 1081734701

Teléfono

Dirección saladoblanco

Barrio o Vereda san rafael

Nombre del Responsable del Niño

Maria catalina Dusan charas

EPS Afiliación familiar

Sitio de Atención

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS

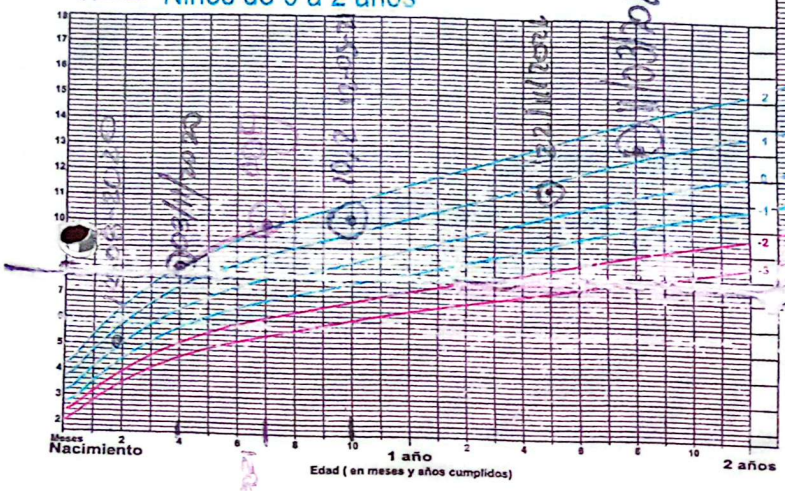
Powered by CamScanner

INTERPRETACIÓN DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

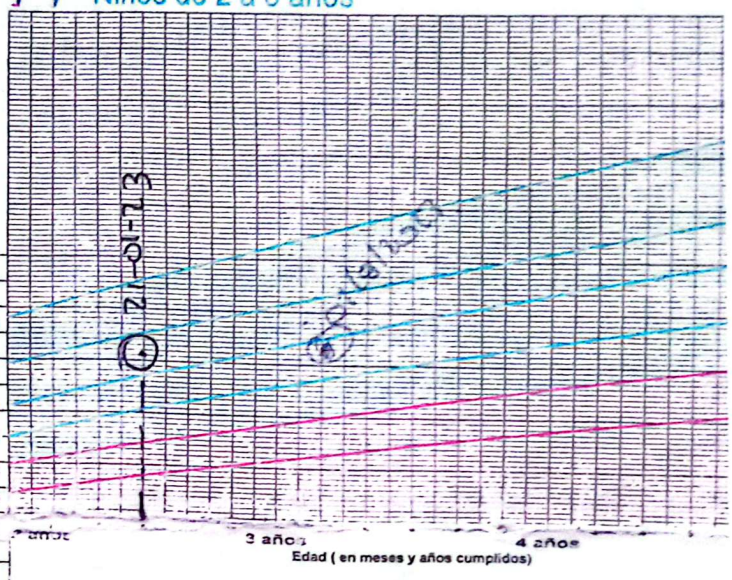
CRECIMIENTO

- = SU HIJO VA BIEN
- = PELIGRO SU HIJO NO PROGRESA
- = SU HIJO ESTA MAL

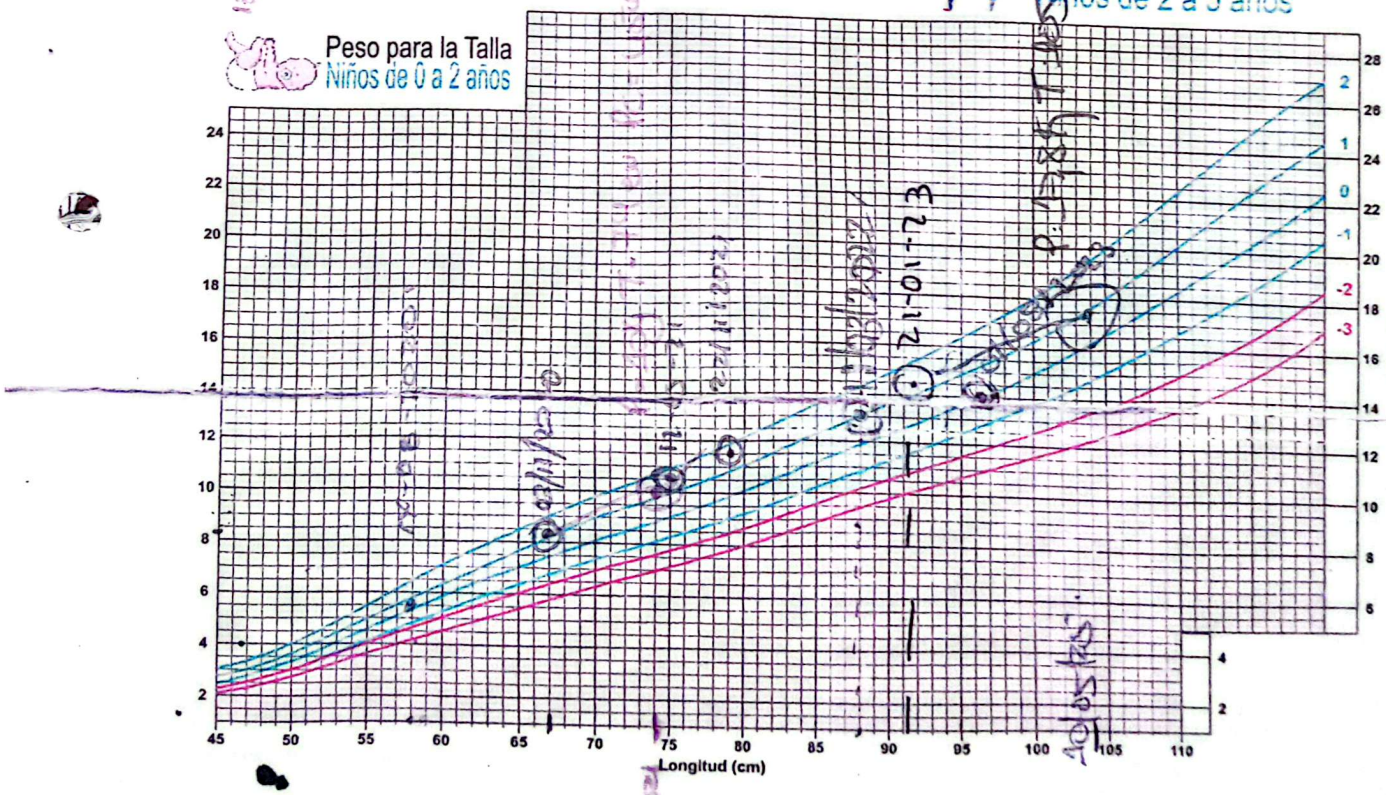
Peso para la edad
Niños de 0 a 2 años



Peso para la edad
Niños de 2 a 5 años
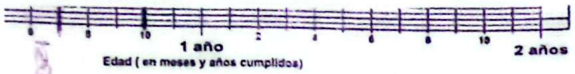


Peso para la Talla
Niños de 0 a 2 años



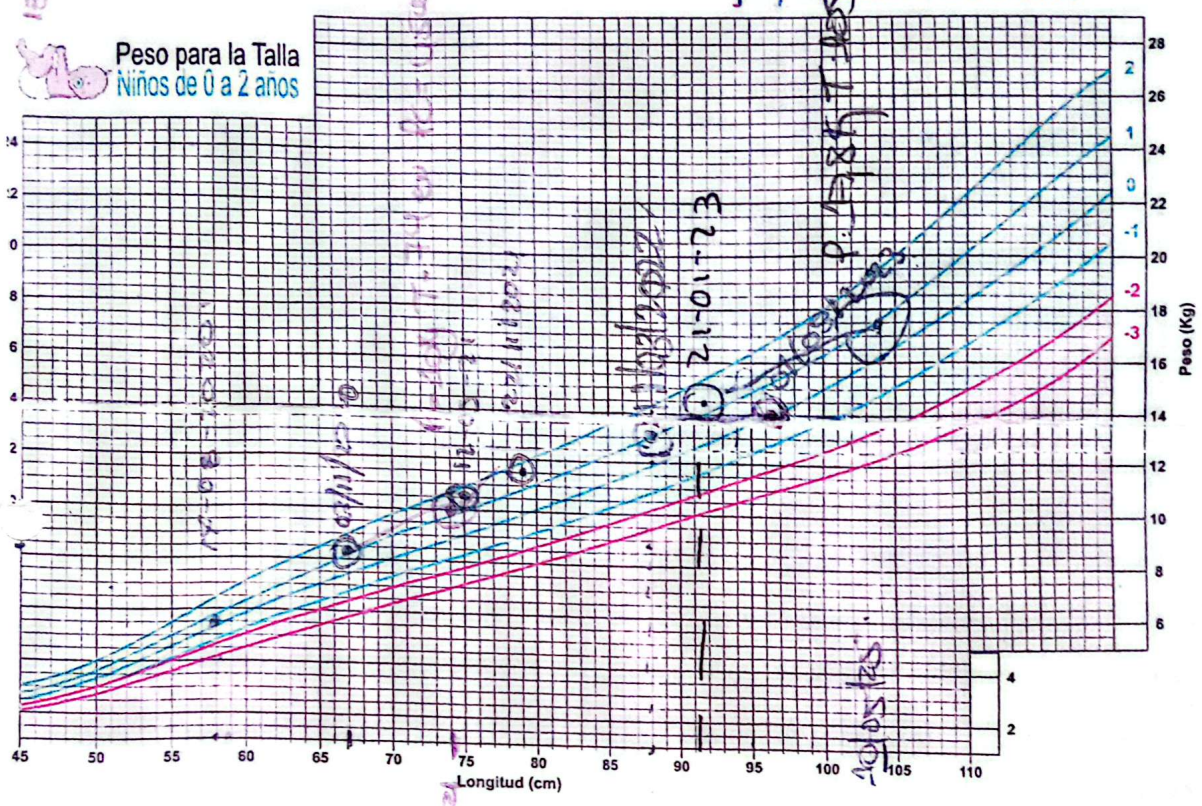
Peso para la Talla
Niños de 2 a 5 años

Índice de masa corporal
Niños de 5 a 10 años

Powered by CamScanner

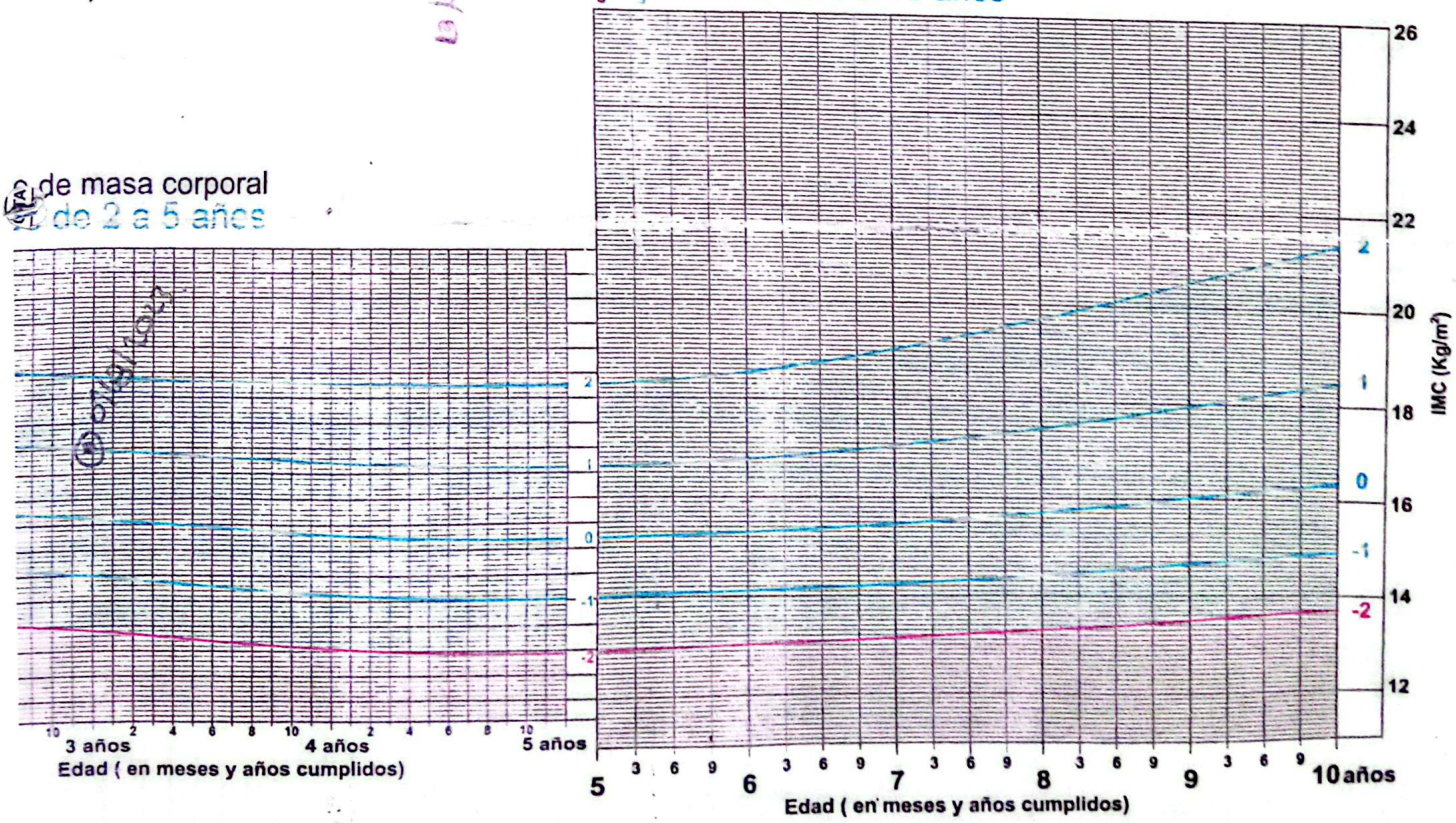


Peso para la Talla
Niños de 0 a 2 años



Peso para la Talla
Niños de 2 a 5 años

Índice de masa corporal
Niños de 5 a 10 años



de masa corporal
de 2 a 5 años

Powered by CamScanner

Nombre: _____ Registro Civil: _____

Edad	Me protege de		Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐							
	Tuberculosis B.C.G.		Única	22-06-2020	Serum	03726581 H Sdo Ant		— — —	Maycli Muñoz
	Hepatitis B		Recién nacido	22-06-2020	Serum	03246002E H Ser Ant		24 08 2020	Maycli Muñoz
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)		1ª	27-08-20		18100	ESE NSHS/B		Elda Calderon
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1ª	27-08-20		2859X005F	ESE NSHS/B		Elda Calderon M
	Rotavirus		1ª	27-08-20	GlaxO	A701263BB	ESE NSHS/B		Elda Calderon M.
	Neumococo		1ª	27-08-20	GlaxO	ASPNB629A	ESE NSHSM		Elda Calderon M
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)		2ª	31-10-2020	SANOFI	R3L891V	SBLANCO		DIANA GARRIDO
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2ª	31-10-2020	Serum	2859X025F	ESE NSHS/B		Elda Calderon
	Rotavirus		2ª	31-10-2020	GlaxO	A701263BB	ESE NSHS/B		Elda Calderon
	Neumococo		2ª	31-10-2020	GlaxO	ASPNB629264	SBLANCO		DIANA GARRIDO
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.								
	Polio (Oral - IM)		3ª	23-12-20	T30591	SMO	SMO		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		3ª	23-12-20	Serum	18540324	SMO		
	Influenza		1ª	23-12-20	Sanofi	U3B551V	SMO	2 mes	XILIAR DE ENFERMERÍA RA 2579
7 Meses	Influenza		2ª	18/05/22	GSK	VS0222006	GSK		Omar claros
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		1ª	29-6-21	Serum	1-30N91B	ESE NSM		
	Fiebre Amarilla		1ª	29-6-21	Sanofi	N3C59	ESE NSM		Omar claros
	Neumococo		Refuerzo	29-6-21	GlaxO	ASPNB3108	ESE NSM		
	Influenza		Anual	11-8-21	Serum	0173871V	SBL		Omar claros
	Hepatitis A		ÚNICA	29-6-21		T0129SB	ESE NSM		
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1º Refuerzo	29-2021	Serum	0S3N00D	ESE NSM		
	Polio (Oral - IM) VIP		1º Refuerzo	9-8-21	Bulgaria	22350015	ESE NSM		
5 Años	Polio (Oral - IM)		2º Refuerzo	26-7-25	Bulgaria	22429006	ESE NSM		
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2º Refuerzo	26-7-25	Inolgual	22M005AE			
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP) TV-		Refuerzo	29-2021	Serum	0S3N00D	ESE NSM		
Niñas 9 Años o más	VPH		1ª						
	VPH		2ª			01/m 20-3-21			
	VPH		3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela			29-6-21		T0240TS	ES NSM		Omar claros
	Sarampión Rubeola		U	11-08-21	Serum	0N4W23S	SBL		
	Varicela			26-7-25	Merck	9018006	ESE NSM		

Estas vacunas son gratuitas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA

F2.MT1.PP	30/01/2025
Versión 2	Página 2 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

Fecha de diligenciamiento: 26 | 04 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (X) Niño/a entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

Tipo de vinculación: (X) Participante de nuevo ingreso ( ) Participante de continuidad

Unidad de Servicio sugerida: Transversal

Tipo documento identidad: ( ) Registro Civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Cédula de ciudadanía ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Cédula extranjería ( ) Sin documento **Nacionalidad:** _____

Número de documento: 1081734701

Fecha nacimiento: 22 | 06 | 2020

Nombres: Darwin Santiago **Apellidos:** Epia Durán

¿Presenta discapacidad? ( ) Sí (X) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ( ) Sí (X) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ( ) Sí (X) No

Indique cuales aplican: ( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Múltiple ( ) Sordoceguera ( ) N/A

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano ( ) Indígena ( ) No se autorreconoce ( ) Comunidad negra ( ) Rom / Gitano ( ) Palenquero (a) ( ) Raizal

Indique cuales aplican: ( ) Migrante ( ) Campesinado ( ) Firmante de paz ( ) Víctima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila **Municipio de residencia:** Saladoblanco **Zona:** Rural **Barrio:** _____ **Vereda:** 4

Sector: Rural **Dirección:** Vereda San Rafael

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (X) Madre ( ) Padre ( ) Cuidador/a

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Sin documento **Nacionalidad:** _____

Número de documento: 1081732979

Nombres: María Catalina **Apellidos:** Durán Claros **País de nacimiento:** Colombia **Fecha nacimiento:** 26 | 12 | 1996

Correo electrónico: mariacatalinaduran979@gmail.com **Número de celular:** 3214541218 **Número de fijo:** _____

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema? (X) Sí ( ) No
https://prematricula.icbf.gov.co

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: María Catalina D.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Constanza V.

Observaciones: _____

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