REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.084.265.142

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64548540

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número: [ ] [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ] [ ] [ ]

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

REGISTRADURIA DE ISNOS - COLOMBIA - HUILA - ISNOS

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LEVAZA	CERON

Nombre(s)

KEINER DAVID

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes JUN Día 21	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA PITALITO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	24064711016593

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

CERON CORDOBA LUZ DEICY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.932.079	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

LEVAZA BRAVO VICTOR ALFONSO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.083.870.006	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LEVAZA BRAVO VICTOR ALFONSO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.083.870.006	Victor Alfonso Levaza

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 JUL Día 17	VICTOR JULIO DIAZ FIGUEROA - REGI Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Victor Alfonso Levaza Bravo Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL
ISNOS - HUILA

ESTA REPRODUCCION FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS ADSCRITOS A LA REGISTRADURÍA

17 JUL 2024

• ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO •

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

1.080.932.079

NUMERO

CERON CORDOBA

APELLIDOS

LUZ DEICY

NOMBRES

Luz Deicy Ceron

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-AGO-1987

TIMANA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

02-OCT-2006 TIMANA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABLATRIZ BERGIFO LOPEZ

P-1908800-50154351-F-1080932079-20061129 02327 06333A 02 210611273

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	1084265142
NOMBRES	KEINER DAVID
APELLIDOS	LEVAZA CERON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	PITALITO

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	21/06/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/10/2025 12:09:33	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 10/10/2025

Ficha: 41359004543700000173

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: KEINER DAVID

Apellidos: LEVAZA CERON

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1084265142

Municipio: Isnos

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/07/2019

Última actualización ciudadano: 17/07/2024

Última actualización via 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

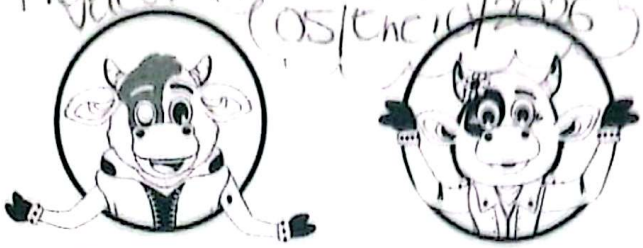
Nombre administrador: CRISTIAN JAIR BERMEO SANDOVAL

Dirección: Carrera 3 No 4 - 26

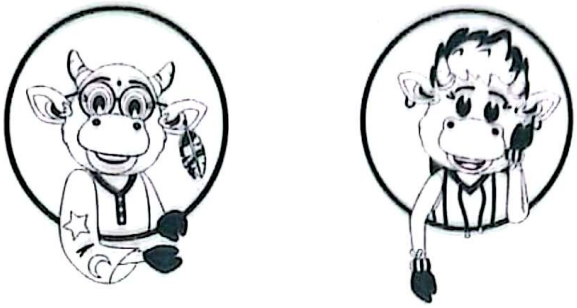
Teléfono: 3187375139 - 3108085855

Correo Electrónico: sisben@isnos-huila.gov.co

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL



Carné de Vacunación



Nombres y Apellidos Keiner David

Levazo ceron

RC	TI	OTRO	1084265142

Tipo de Documento — No. de Documento

Fecha de Nacimiento | 21 DIA | 6 MES | 24 AÑO |

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 2120 Talla: 47.

Dirección: Vl Delicias

Teléfono 1: 3203001162

Teléfono 2:

Responsable: Luz Dary Ceron C.

Municipio de residencia: Isnos

Departamento: Huila.

26 julio · 2A. Grupo

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: _____ Tipo de Indentificación _____ No. ID _____

Le 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					Lactancia materna exclusiva		SI				NO								
Tuberculosis meningea (TCM)	Única	21	06	24	SERUM	0	3	1	2	M	A	0	5	2	Hospitalario				
Hepatitis B	Recién nacido	21	06	24	SERUM	0	3	2	3	W	0	1	4	B	Hospitalario	21	3	71	Carlos Cadena
2 meses					Lactancia materna exclusiva		SI				NO								
Poliomielitis (VIP)	1ª	22	08	24	Biological	2	2	3	9	0	0	2							
Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	22	08	24	SERUM	2	8	5	2	Y	1	3	C						
Hepatitis B	1ª	22	08	24	. SERUM	2	8	5	2	Y	1	3	C						
Difteria, Tetanos, Tosferina	1ª	22	08	24	SERUM	2	8	5	2	Y	1	3	C						
Diarrea por rotavirus	1ª	22	08	24	Rotarix	A	P	0	L	D	6	3	8	AA					
Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 PCV 13	1ª	22	08	24	Pfizer.	6	X	1	9	1	2								
4 meses					Lactancia materna exclusiva		SI				NO								
Poliomielitis (VIP)	2ª	22	10	24	Biological	2	3	0	5	0	1	0							
Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	22	10	24	SERUM	2	8	5	2	Y	0	1	3	C					
Hepatitis B	2ª	22	10	24	SERUM	2	8	5	2	Y	0	1	3	C					
Difteria, Tetanos, Tosferina	2ª	22	10	24	SERUM	2	8	5	2	Y	0	1	3	C					
Diarrea por rotavirus	2ª	22	10	24	Rotarix	A	P	0	L	D	8	4	6	AA					
Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 PCV 13	2ª	22	10	24	Prevenar	6	X	5	11	3	9								
6 meses					Lactancia materna exclusiva		SI				NO								
Poliomielitis (VIP)	3ª	5	01	25	Biological	2	3	3	3	3	0	1	0						
Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	5	01	25	SERUM	2	8	5	3	2	0	1	0						
Hepatitis B	3ª	5	01	25	SERUM	2	8	5	3	2	0	1	0						
Difteria, Tetanos, Tosferina	3ª	5	01	25	SERUM	2	8	5	3	2	0	1	0						
Influenza estacional	1ª	27	06	2025	Sequirus.	P	1	0	0	7	9	0	8	0	4				
7 meses Influenza estacional	2ª	05	08	2025	Segirus	P	1	0	0	7	9	0	8	0	4				
12 meses *Sarampion, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	26	06	25	Serum		0	1	5	3	1	0	0	3					
Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 PCV 13	Refuerzo	26-06-		25	Pfizer		AJ	5	2	7	6								
Varicela	1ª	26-06-		25	Hoechst Ch.		Y	0	1	9	3	4	1						
Hepatitis A	Única	26-06-		25	MSD		Y	0	0	8	0	3	1						
*Influenza estacional	Anual																		
18 meses Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo																		
Difteria, Tosferina y Tétano DPT Pentavalente	1er Refuerzo																		
**Fiebre Amarilla	Única																		
5 años Sarampion, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª																		
Poliomielitis (VIP) (VOPb)	2do Refuerzo																		
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 y otras dosis																			

*De acuerdo al antecedente de primovacunación **A los 12 meses en 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 part[illegible] de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar[illegible]

ESE IPS Monterrey Mayo 2023 Edwin Imbachi

ESE Timana. Edwin Giraldo.

ESE Hard San Agustin Edwin Imbachi

esto oct-22-2024

esto Dic-21-2024

Powered by CamScanner



Mi nombre completo es: Keiner David lavazy ccaon

Nací en la ciudad de: pitalito

El día 21 del Mes 6 del Año 2024

Mi peso fue 2120 Mi talla fue 47

Mi tipo y mi grupo sanguíneo es: O positivo

Mi resultado de TSH fue _____

Mi número de registro civil es: 1084265142

Cuando nací, ¿quede hospitalizado? Si X No _____

¿Por qué? victor Alfonso lavazy

Mi EPS es Mallamas

Mi mamá se llama: Luz Deicy ccaon Teléfono 3213698644

Mi papá se llama victor Alfonso Teléfono _____

Soy alérgico a: _____

Utilizo algún medicamento especial: _____

Edad introducción alimentos diferentes a la leche materna _____

Edad en que suspende la lactancia materna:

Semanas _____ Meses _____



Powered by CamScanner

MANUELITOS CRECIENDO SALUDABLEMENTE

MI PRÓXIMA CITA

DÍA	MES	AÑO	HORA	PROFESIONAL	CUMPLIÓ	
						NO
18	Nov	24		Mayte Milena ENFERMERA FUNDACION CC. 361 3073	X	
15	Enero	2025	6-8	Jefe	X	
28	Agosto	2025	11 am	Carolina Médica	Carolina Coronado Vargas Medicina General	

E.S.E. MANUEL CASTRO TOVAR

Powered by CamScanner

E.S.E. MANUEL CASTRO TOVAR

8

IMC Perímetro Cefálico Niños

IMC (Kg/m)

Puntuación Z (0 a 2 años)

15,05 16/08/25

IMC 18,2 (28-08-25)

Carolina Coronado Vargas
Medicina General
C.C. 1.007.600.608

-2 -1 0 +1 +2 +3

La salud es de todos

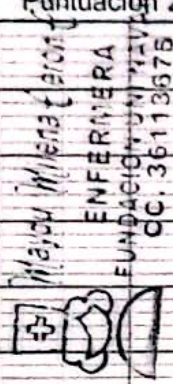
MANUELITOS CRECIENDO

Powered by CamScanner

Peso para la Edad Niños



Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso (kg)

18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2

2 1 0 -1 -2

6/08/24 7.2 kg

18 11 24 9,980 kg (28 - 08 - 25)

Carolina Coronado Amigo
Medicina General
CC. 1.007.600.605

Meses
Nacimiento 2 4 6 8 10 1 año 2 4 6 8 10 2 años

Edad (en meses y años cumplidos)

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

E.S.E. MANUEL CASTRO TOVAR

Powered by CamScanner

PERÍMETRO CEFÁLICO NIÑOS

Puntuación Z (0 a 5 años)

Edad (en Meses y años cumplido)

Meses
Nacimiento
1 AÑO
2 AÑO
3 AÑO
4 AÑO
3 AÑO

18 11 24

18 cm 16/08/24

43 cm

PC=44.

PC 47cm (28-08-25)

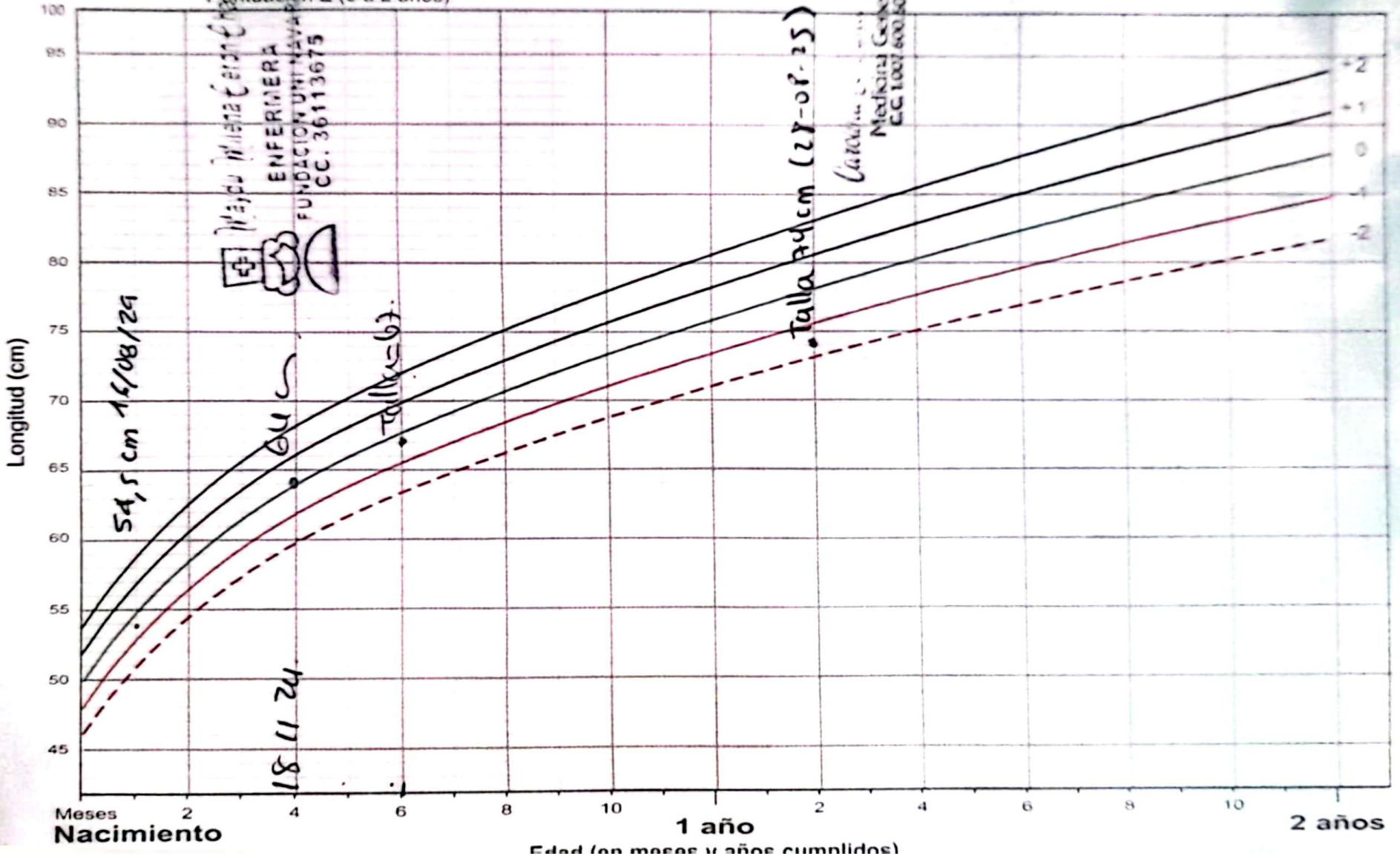
Maydu Milena Estrada Ruiz
ENFERMERA
FUNDACION UNINAVA
CC. 36113675

Carolina Coronado Vargas
Medicina General
C.C. 1.007.600.608

Powered by CamScanner

Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



ENFERMERA
FUNDACION UNIVERSITARIA
CC. 36113675

Medical General
CC 1007600808

E.S.E MANUEL CASTRO TOVAR

MANUELITA

Powered by CamScanner

MIS CONTROLES

FECHA DE ATENCIÓN	EDAD EN AÑOS Y MESES	PESO EN KG	TALLA EN CMS	EVALUACIÓN	PERIMETRO CEFÁLICO	PERIMETRO TORÁCICO
28/08/25	14 M	9,980	74cm	RB talla	47cm	PB 17,5cm

OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner

ElectroHuila

SU CODIGO CUENTA NIU

272514127

Para cualquier consulta y pago electrónico
www.electrohuilla.com.co FT-CFE 05-681

AUTORIZADO POR EL RENTA MUNIC. No 647/2002
DIAN AUTORIZADO AUTORIZACIÓN IMPRESIÓN 6RT 4
RESOL. 000005 DE 14-07-16 DIAN BOMOS GRANDES
CONTRIBUYENTE AU GRELENDORELICA CIRCULAR 4
DEL 08/01/99 RECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

FACTURA DE VENTA No. 84160110

TOTAL A PAGAR

$ 44.090

Documento equiva ente según
articulo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 6/DIC/2024

INFORMACIÓN CLIENTE

Cl ente	CELSON GILBERTO	Nit CC	411077
Dirección	VDA. ALTO NARANJAL	Ruta	28070690740
Municipio	TIMANA	Ciclo	050
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	8720021
Carga Contratada	5E	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo Kw
2C559	KRI	A	S	00	18935	18823	1	107

Promedio Cuenta 45 Consumo Año Anterior 12 Consumo Anterior 12

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
NOV	107
SEP	64
JUL	38
MAY	35
MAR	16
ENE	7
NOV	12

CALIDAD DEL SERVIC

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

ULTIMO PAGO

Fecha 08/10/2024
Valor $ 41790

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tar f. $/kwh)	Valor Total($)
53.5	992.3 57 =	53115
53.5	982 5.1 =	52568

CONSUMO PERIODO

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

Valor Total Energía del Periodo	$ d3
Valor (Subsidio/Contribución %)	$ - 61.597
Valor Total Energía Facturado	$ 44.086

DETALLE DE CUENTA

	VALOR MES
CONSUMO PERIOD	$ 105.683
AJUSTE DECENA	$ 4
SUBSIDIO	$ - 61.597

OTROS CARGOS	$
ALUMBRADO P	$
VALOR ELECTROHUILA	$ 44.

TOTAL A PAGAR

$ 44.090

ELECTRODOMÉSTICOS

CONCEPTO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN

FOLIO: Consumo Fact	Mes	Valor $	No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Em: 416.0 Tm: 52.0 PRn,m: 98.0 Dn,m: 264.0 Rm: 1.0 Cv,m: 1
1.0 CUv,n,m: 182.574 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CUOTA	INT. CORRIENTE	INT. MORA

Powered by CamScanner