

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad ORORAPA

Nombre completo de la niña o niño LIAN JOSE CHAUARRO ROBLES

Fecha de nacimiento 01 03 21. **N° Documento de Identidad** 1084902279

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 03 02 25

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador CEISA MOHA BOIAÑOS

Fecha de registro cualitativo 05 05 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

describe cuentos ilustrados dentro del juego respecta las normas cada vez necesita menos ayuda en el cuidado personal.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador CEISA MOHA BOIAÑOS.

Fecha de registro cualitativo 04 08 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

ES UN NIÑO MUY INTELIJENTE CONOCE LAS PARTES DE SU CUERPO HACE FIGURAS RECONOCIBLES LE GOSTA JUGAR CON SUS COMPAÑEROS.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador CEISA MOHA BOIAÑOS.

Fecha de resgistro cualitativo 06 05 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 ●

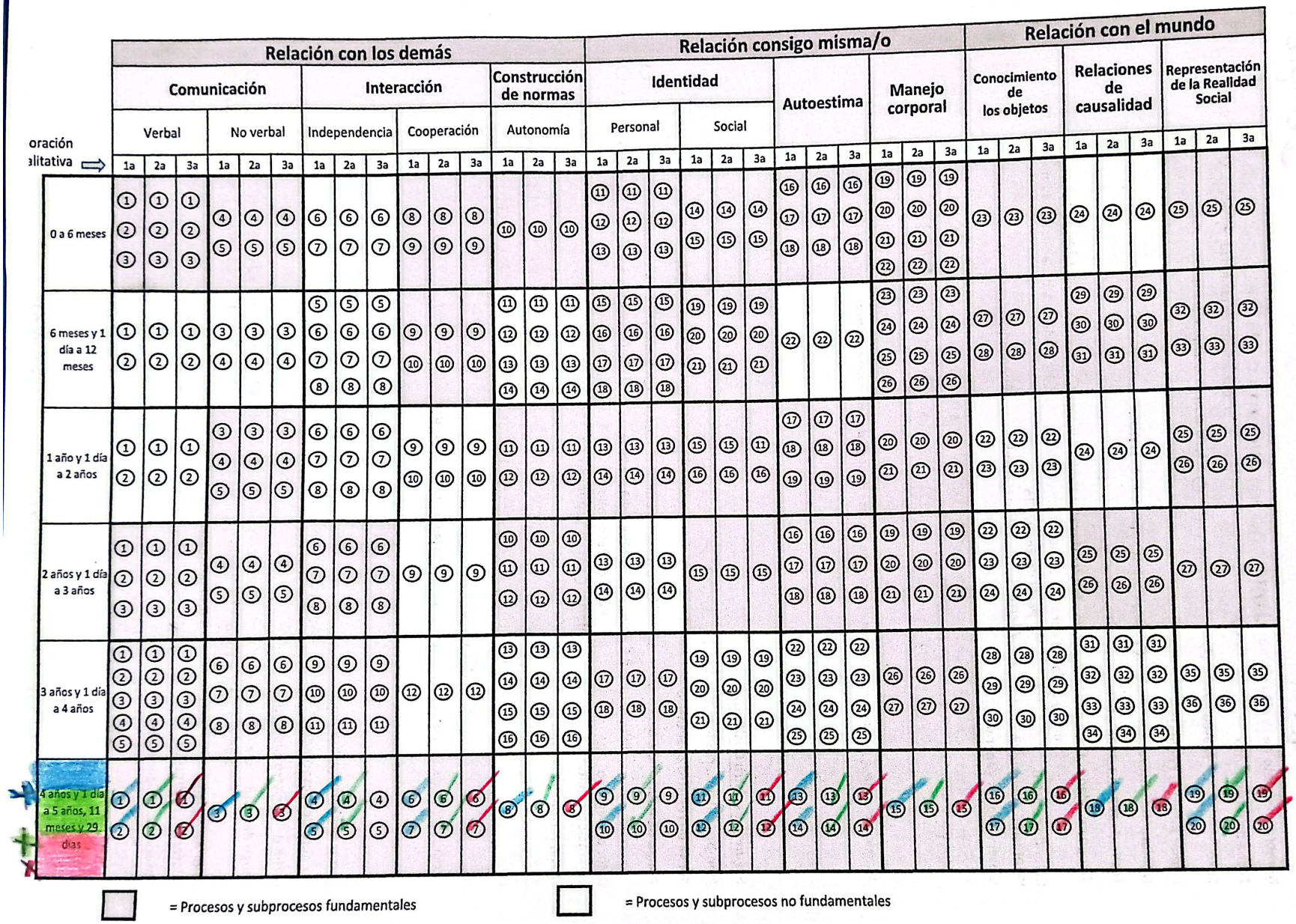
Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

EL NIÑO REALIZA DIBUJOS DESCRIVE LO QUE DIBUJA PROPONE A SU FAMILIA ACTIVIDADES QUE LE GOSTA.

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

Powered by CamScanner



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

Powered by CamScanner

seguros mundial®

Accidentes personales

Protegemos tus pasos



Línea de atención

Línea nacional:
01 8000 112 684
en caso de accidente.

Conoce nuestra **red médica**

Página web:
www.segurosmundial.com.co

N° Póliza:	2000505434
Tomador:	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS
Nombre de Asegurado:	LIAN JOSE CHAVARRO ROBLES
ID Asegurado:	1084902219
Vigencia Desde:	2025/02/01
Vigencia Hasta:	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 GODI ALEXANDRA ROBLES OROPAPA Identificado con CC 1004493340 Expedida en Acudiente del menor LIAN JOSE CHAUARRO R. Identificado con Registro Civil de Nacimiento Numero 1084902219.

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.

Godi Robles 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

BIENESTAR FAMILIAR

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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 Mis Principitos en el cual labora la Madre Comunitaria Celsa Motta Bolaños 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): Lian Jose Chavarro Robles. 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 03 del mes 02 del año 2025, en el Municipio de Popayán.

Fadi Robles C.

Nombre y Firma del Padre (Madre) de Familia

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	2.P2.CE	11/07/2024
		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 Liam José Chavarro Robles, identificado (a) con documento de identidad número 1084982279, 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, Yodi Alexandra Robles C., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004493340, 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 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 HUELLAS DE AMOR PARA LA VIDA, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa H.C.B.

Suscriben:

Firma: Yodi Robles C.
Nombre: Yodi Alexandra Robles
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3132768700
Fecha: 03-02-2025
Municipio: Popayán

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.084.902.219

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59233882

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L Z B

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

REGISTRADURIA DE OPORAPA - COLOMBIA - HUILA - OPORAPA

Datos del inscrito

Primer Apellido: CHAVARRO | Segundo Apellido: ROBLES

Nombre(s): LIAN JOSE

Fecha de nacimiento: Año 2021 Mes MAR Día 01 | Sexo (en letras): MASCULINO | Grupo sanguíneo: | RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA HUILA PITALITO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 1030617749

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: ROBLES CARVAJAL YUDI ALEXANDRA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.004.493.340 | Nacionalidad: 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: CHAVARRO CHAVARRO PEDRO JOSE

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.084.898.805 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CHAVARRO CHAVARRO PEDRO JOSE

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.084.898.805 | Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): | Firma

Adhesivo Copia Registro Civil 28032092-2

Fecha de inscripción

Año 2021 Mes MAR Día 17

Nombre y firma del funcionario que autoriza: LIDA YANETH [illegible] - REGISTRA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ES COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA OFICINA

17.MAR.2021 - NO SE EXIGIERON DERECHOS PARA NOTAS - REPUBLICA DE COLOMBIA (COPIA)

ART. 115 DEC. 1260/70 Y ART. 10 DEC. 278/72

TOMO ____ FOLIO ____ SERIAL 59233882

SE EXPIDE SIN SELLO ART. 11 DEC. 2150/95

OPORAPA HUILA MAR 17/2021 FECHA

LA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro valido

B6

Fecha de consulta: 30/06/2025

Ficha: 41503001520200000097

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LIAN JOSE

Apellidos: CHAVARRO ROBLES

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1084902219

Municipio: Oporapa

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 30/08/2019

Última actualización ciudadano: 13/08/2022

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: JHON JANIER SCARPETTA CALDER(

Dirección: Calle 5 No 6 -

Teléfono: 3118478

Correo Electrónico: sisben@oporapa-huila.gov

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	1084902219
NOMBRES	LIAN JOSE
APELLIDOS	CHAVARRO ROBLES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	OPORAPA

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:	06/30/2025 07:40:06	**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

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transformamos Buena Energía

Electrificadora del Huila S.A ESP
NIT. 891.180.001-1

Sr (a) : ANTONIO CHAVARRO ROJAS
c.c. / Nit: 83218091
CENTRO
Municipio: 503 OPORAPA HUILA Ruta: 25030012750
Dirección Postal:
Ciclo: 55 Sector: 1-OPORAPA

Su código de cuenta NIU
395140758
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
87582072

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
8 / 2025	11/07/25-11/08/25	$78,780	$78,780	0 meses

Datos de cuenta

Clase servicio	Residencial
Estrato	2-Bajo
Zona	SUR
Nivel tensión	1-Secundaria
Carga instalada	0
Tipo liquidación	lectura
Nodo	T06496-OPUP

Costo unitario prestación del servicio

COMPONENTES ELECTROHUILA
1 Comercialización + 161.79
2 Distribución 299.85
TOTAL ELECTROHUILA = 461.64
MERCADO ENERGÍA MAYORISTA
3 Generación + 394.29
4 Transmisión + 54.69
5 Restricciones + 79.77
6 Pérdidas + 79.46
TOTAL MERCADO MAYORISTA = 608.21
Costo unitario = Electrohuila + Mercado = 1069.84

Histórico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	7	93	2025	1	242
2025	6	107	2024	12	203
2025	5	116	2024	11	236
2025	4	108	2024	10	303
2025	3	137	2024	9	153
2025	2	191	2024	8	7

Promedio de la cuenta	Consumo mes año anterior
125	7

Conceptos ElectroHuila

Concepto		Valor
21	Consumo Periodo	104,844
608	Ajuste Decena	<2>
852	Reconexion de PIN Cicl	18,198
995	Subsidio	<52,162>

Cálculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-51129301	HOL	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	39571	39473	1	98

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCobrar
1	1	130	98 KW/h	$537.5696	$104.844	-50%	$52.682

TOTAL

Financiación ElectroHuila

Descripcion	Saldo

Tasa de interes 0%

CUFE 4143cdd3e8a3662f7f7d14966ceacd296212054ff029b157f747d6e8e688fb3133dc98d818809b6aa7beed
Numero de Factura Electronica EH-4223897 Numero de factura: 87582072

Fecha de emisión	Ultimo pago fue	Tengo plazo de pagar hasta	Me quedo sin servicio a partir de
13/08/2025	$123,190 23/07/2025	25/08/2025 (Vencimiento)	(Suspensión)

Valor Energía ElectroHuila	+ Valor Servicio de Aseo	+ Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)	+ Valor Otros Cobros	=
$70,878		$7,902	$0	$78,780 TOTAL A PAGAR

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN
Reporta cualquier novedad relacionada con la prestación del servicio
01 8000 952 115 | 3134354436
PQR: radicacion@electrohuila.co
www.electrohuila.com.co
24/7

¡Escanea! paga en línea

Pag: 3396

(415)7707274499679(8020)039514075 8(3900)000007878 0(96)20250825

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO EN VIRTUD DEL ARTICULO 130 DE LA LEY 142 DE 1994 MODIFICADA ART. 18 LEY 689 DE 2001

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.493.340
ROBLES CARVAJAL

YUDI ALEXANDRA

NOMBRES

Yudi alexandra Robles

FIRMA





14-JUL-2000

OPORAPA
(HUILA)

1.62 A+ F

23-JUL-2018 OPORAPA



00624

Powered by CamScanner

CEDULA DE CIUDADANIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.084.898.805



CHAVARRO CHAVARRO

PEDRO JOSE

COL 1.78 M

05 NOV 1992 A+

OPORAPA (HUILA)

07 ENE 2011 OPORAPA

26 ENE 2033

0163125 26

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0163125262190 51<<<<<<<<<<
9211052M3301269COL1084898805<1
CHAVARRO<CHAVARRO<<PEDRO<JOSE<

Powered by CamScanner

QUIEN SOY

Nombres y Apellidos: Luan José Chavarro

Fecha de Nacimiento: 01 Día 03 mes 2021 año

Identificación: 1084902219 T. Sangre: A+

Nombre de mi Mamá: Yudy Pabla Ocupación: Ama de casa.

Nombre de mi Papá: Pedro Chavarro Ocupación: Soldador.

Dirección: V. alto San Francisco Cel.:

DATOS PERSONALES DE REGISTRO DE CRECIMIENTO

Información de Nacimiento:

Fecha de Nacimiento: DD 01 MM 03 AA 2021

Recién Nacido: Pretermino ____ Atermino X Edad Gestional 38

Embarzo: Único X Múltiple ____ No. de Gestaciones ____

Lugar que ocupa entre los hermanos 2

Peso 2660 Grs Talla ____ cms Perímetro Cefálico ____ cms

Tiene Hermano Menor: Si X No ____ Fecha de Nacimiento ____

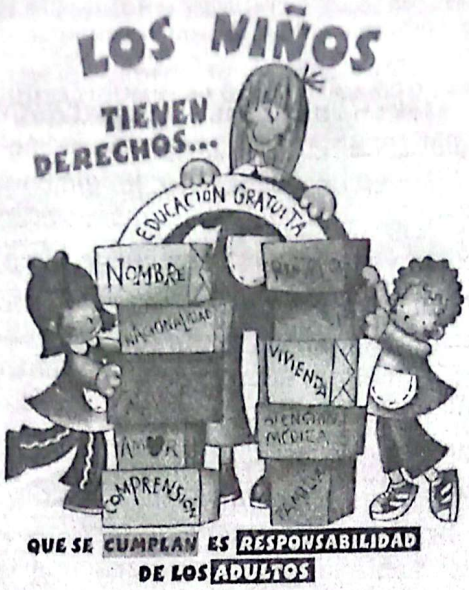
Alimentación:

Edad introducción de alimentos diferentes a la leche materna ____

Edad en que suspende la lactancia materna Semanas ____ Meses ____



Powered by CamScanner



CITAS PROGRAMADAS

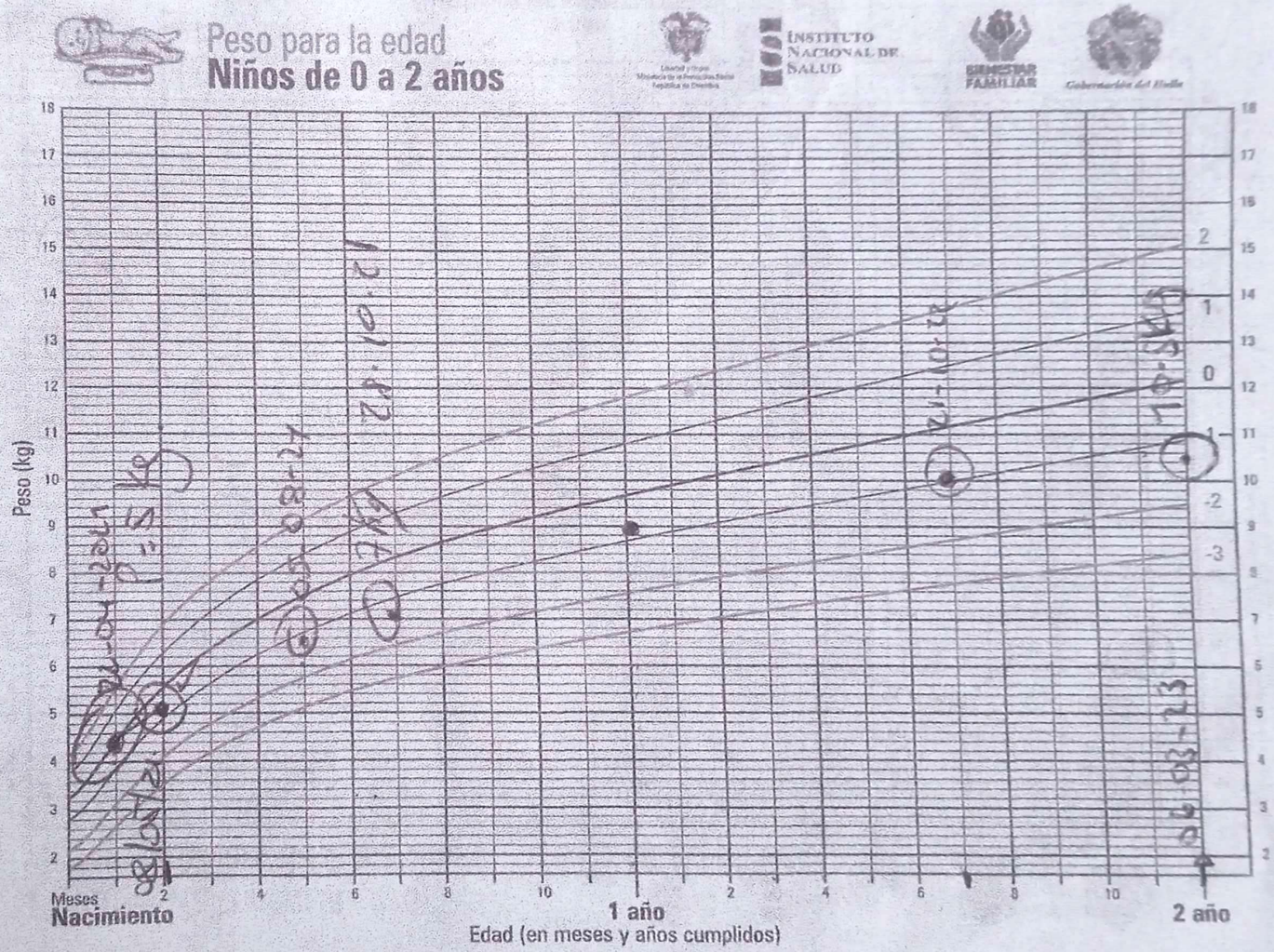
AÑO	MES	DIA	HORA	Cumplio	
				SI	NO
2021	04	21		X	
2021	05	08	10:00	ENF	dep SI
2021	Agosto	05	11:00	X Médico.	
2022	MARZO	25	9:30		MD
2022	Septiembre	27			
2022	Octubre	21	10:00	ENF	
2023	Marzo	06	9:00	X	
2023	Septiembre	08	4:30	PM	
2024.	Marzo.	05	8:40	ANT	Ent.
2025	MARZO	05		ENF	OK
2026	MARZO	3			

- Juega conmigo, desde muy pequeño entiendo que estás jugando cuando imitas sonidos de animales, haces gestos; cuando tomas un juguete y lo escondes y lo apareces nuevamente.
- Cuando me veas llorar, acaríciame pues tus manos alivian mi dolor, reduce mis temores y mis miedos.
- Permíteme explorar, recuerda que yo estoy empezando a conocer el mundo, necesito que tengas paciencia para que me expliques sus riesgos.

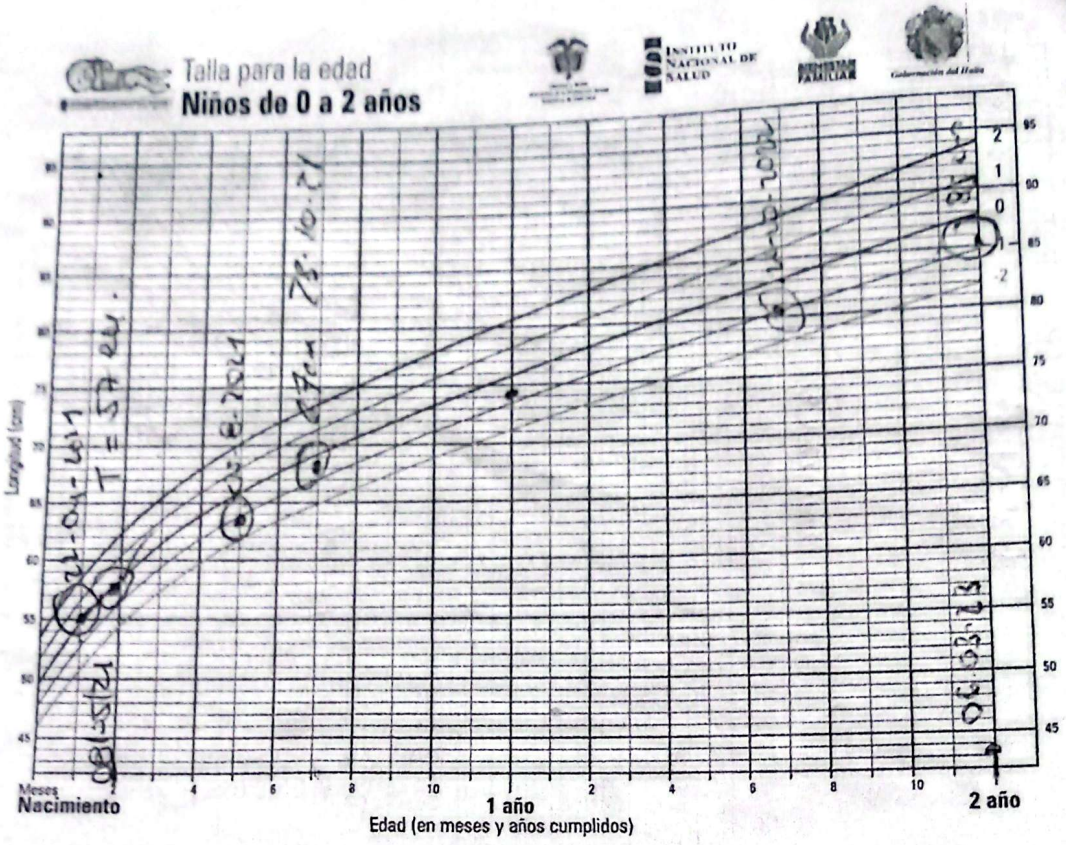
Su hijo puede disfrutar en su infancia del calor de la relación que les brinden sus padres, hermanos, abuelos y otros parientes, teniéndolos como personas disponibles para su cuidado y protección, ligados a él por un vínculo que genera placer mutuo. De esta forma tendrá más tarde con□anza en sí mismo y contará con desarrollo biológico, psicológico y social armónico.

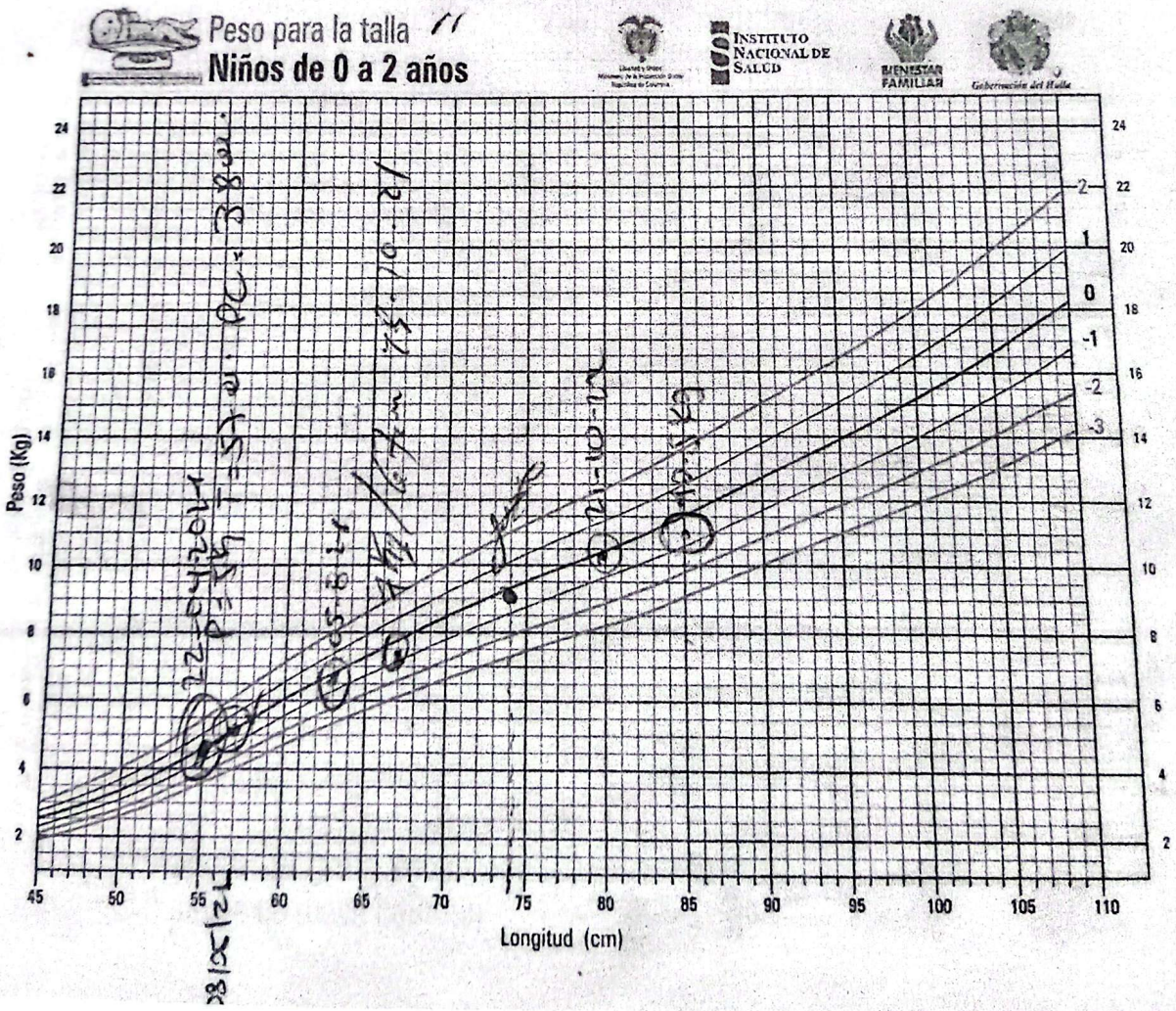
FORMULARIO DE REGISTRO

Fecha de Toma de Medida	Edad en años y meses	Peso en Kilogramos	Talla en Centimetros	Evaluación
22-04-2021	1 mes.	4.2K	55cm.	PC=36cm PB=13cm
08/05/21	2 meses.	5kg	57cm	PC=38cm
28-10-21	7 mes.	7.8g	67cm	44cm 15cm
25/03/2022	12 mes	9,1	74	49
21/10/2022	19 meses	10.5.	80cm	45 16
06-03-23	24 M	10,5 kg	85cm PC	46 IMC 14.8
08-9-23.	30 M.	11.6 kg.	90.5cm	PC 46.5 PB 15.5
08/03/24	3 años	12,5	93 cm	PC 47
5/03/2025	4 A	13,3	100	PC=48 PB=14.8.



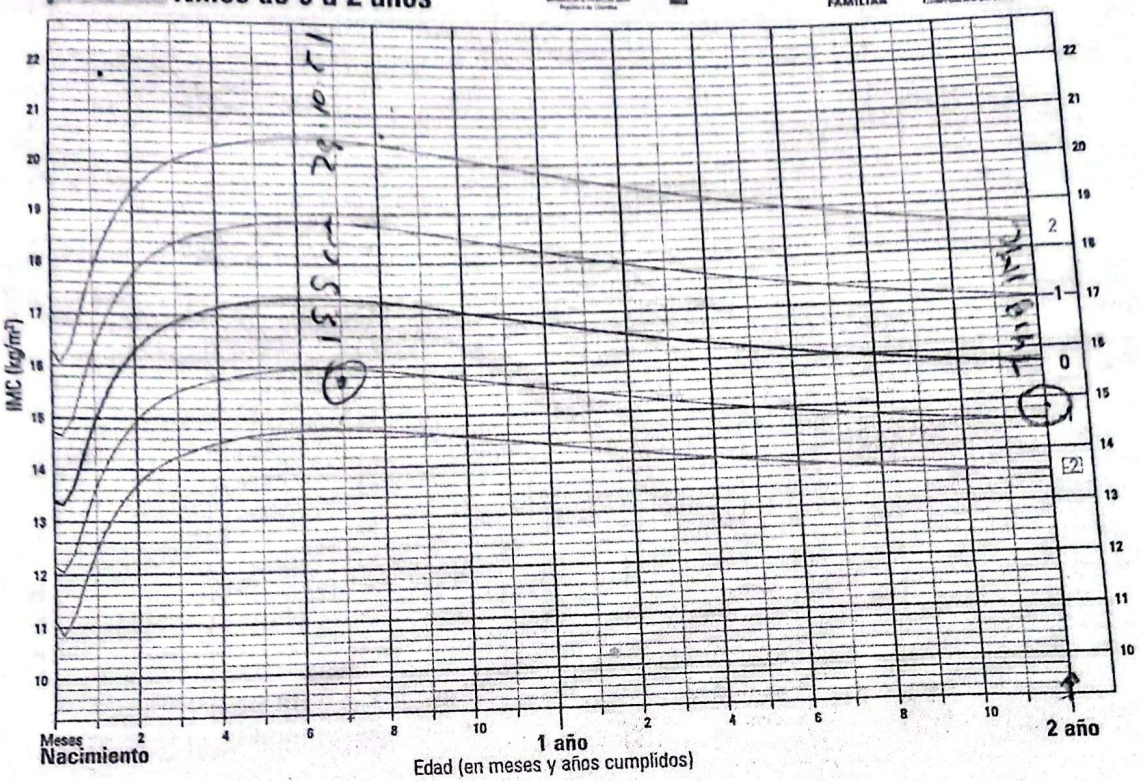
Powered by CamScanner



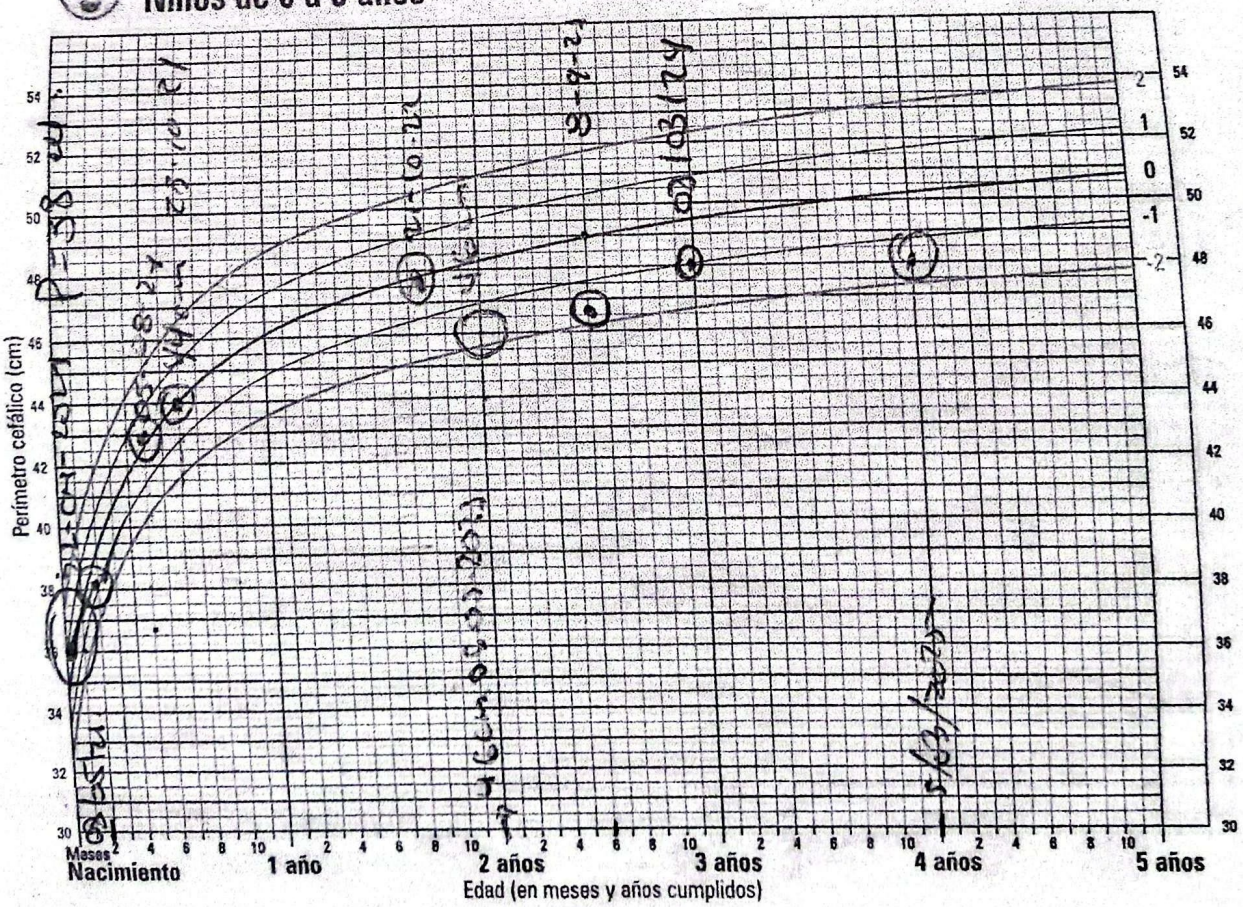


Powered by CamScanner

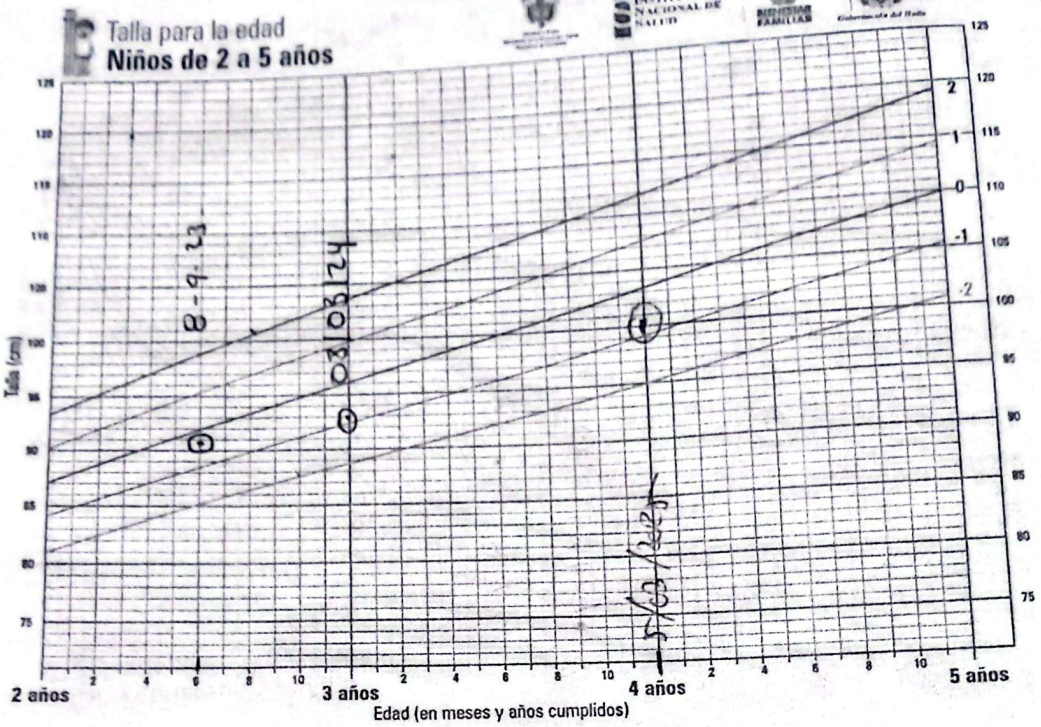
Indice de masa corporal
Niños de 0 a 2 años

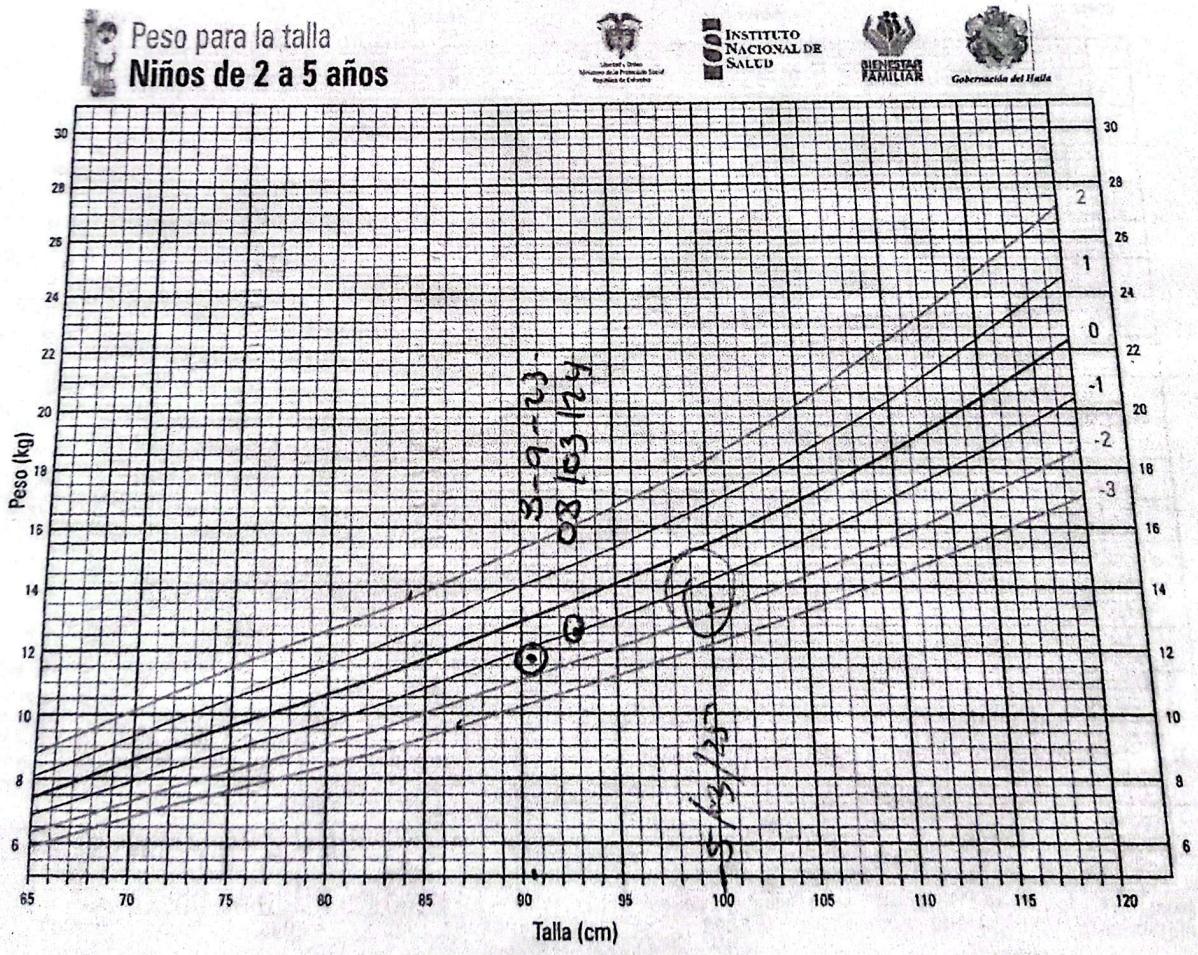


Perímetro cefálico
Niños de 0 a 5 años



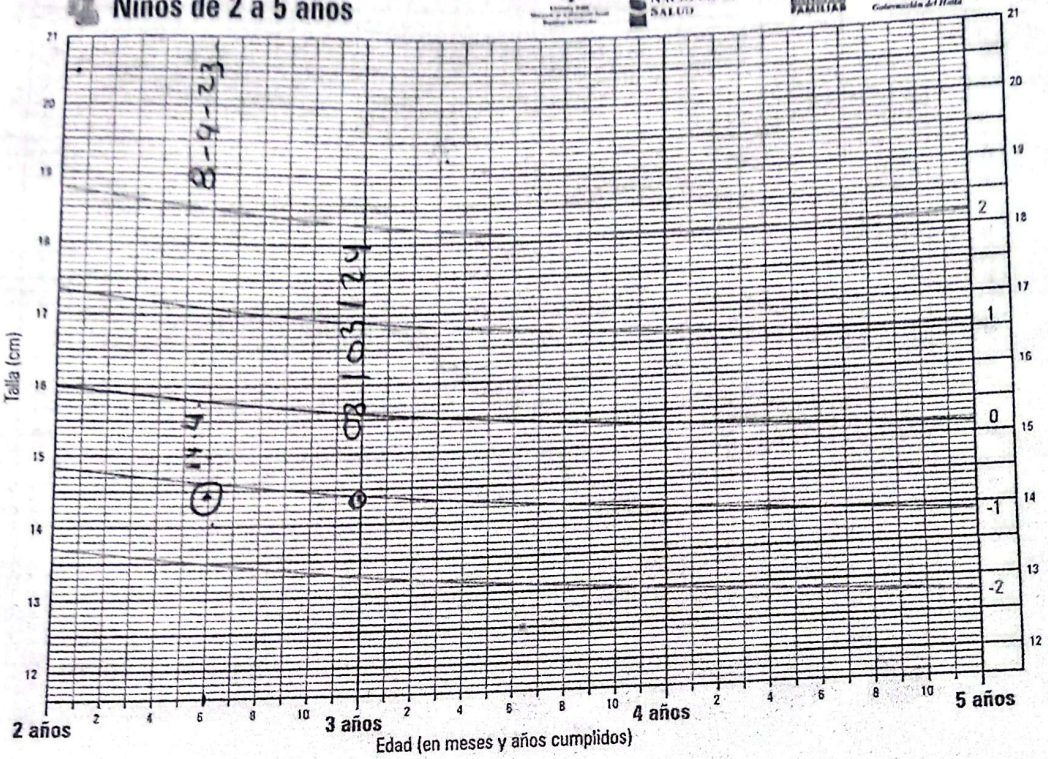
Powered by CamScanner



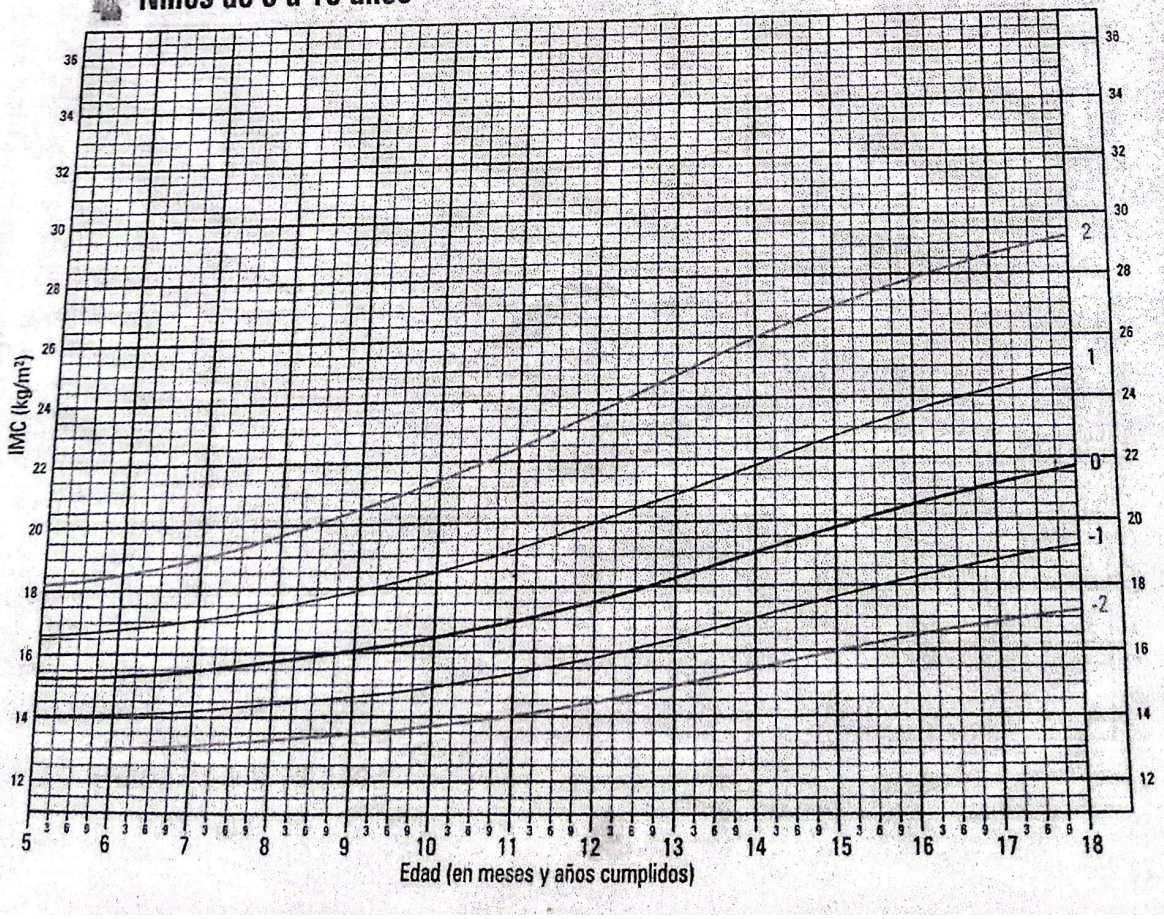


Powered by CamScanner

Índice de masa corporal
Niños de 2 a 5 años



Índice de masa corporal
Niños de 5 a 18 años



Powered by CamScanner

> 4172 7/04/c.

MIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
N E INSCRIPCIÓN TEMPRANA
Fecha:
R CONTROL MÉDICO
vida Fecha:
NTO POR ENFERMERÍA

e cita mada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió

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	Nombr
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única	1-3-2021	Serum	037CG007	H.San Ant.	— — —	Mayel
	Hepatitis B	Recién nacido	1-3-2021	Serum	0320 y 013E	H.San tm	03 05 2021	Maye
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	04-05-2021	Bilthoven	20170094	ESE DAVID NUÑEZ HOLINA		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	04-05-2021	Serum	2850 y 0180			Mayda.
	Rotavirus	1ª	04-05-2021	Glaxo	AROLC768AA			
	Neumococo	1ª	04-05-2021	Glaxo	ASPN830B01			
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	04-07-21	Bilthoven	2017007	ESE MET TOLIMA	01 07 2021	
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	04-07-21	Serum	2850 y 0180			Claudia Cor
	Rotavirus	2ª	04-07-21	Glaxo	AROLC768AA			
	Neumococo	2ª	04-07-21	Glaxo	ASPN830B01			
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.						04 09 21	
	Polio (Oral - IM)	3ª	06-09-21	Bilthoven	2017007			
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	06-09-21	Serum	2850 y 0180	ESE MET TOLIMA		Claudia
	Influenza	1ª	06-09-21	Sanofi	V3387			
7 Meses	Influenza	2ª	06-10-21	Sanofi	V3C131	ESE MET		Claudia C
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	16-03-22	SERUM	T3G27.U	ESE MET		
	Fiebre Amarilla	1ª	16-09-22	Sanofi	31032021	ESE DHM	6 9 22	Yeim-
	Neumococo	Refuerzo	16-03-22	Glaxo	ASPN830B01	ESE MET		Yayenis
	Influenza	Anual	16-09-22	Green Cross	V50221006	ESE DHM		Yeim-
	Hepatitis A	ÚNICA	16-03-22	Merk	U09116	ESE MET		Yayenis
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo	16-09-22	Serum	2821001LA	ESE DHM		Yeim
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo	16-09-22	Bilthoven	2147014	ESE DHM		Yeim
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo						
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela SR.	1	16-3-22	Varivax	U09168	ESE MET		Yayen
		A1	6-24-5-20	Serum	0121NO52	ESE MET	16 4 22	Yeiel

Estas vacunas son gratu

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