

Powered by CamScanner

Huellas de Amor
Para Tu Vida

BITACORA DEL DESARROLLO INFANTIL

HCB: caperusita Roja FECHA: 17

NOMBRE: Yostin David zuñiga Valenzuela

DESCRIPCION: se a evidenciado en el niño que le encanta colorear moldear le gusta explorar hacer preguntas le gusta mucho ser emolpendiente por adquirir los cosas acepta normas de comportamiento.

NOMBRE: Yostin David zuñiga valenzuela. fecha septiembre

DESCRIPCION: se Evidencia en el niño buena habilidades de coordinacion le gusta bailar, colorear pintar es un niño que le gusta participar en toda las Actividades lúdicas.

NOMBRE: Yostin David zuñiga Valenzuela

DESCRIPCION: se observa que es un niño Alegre sabe identificar colores. sabe el nombre de el y de sus familias le gusta explorar pintar hace dibujos Reconociendo partes del cuerpo

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad Oporapo Huila

Nombre completo de la niña o niño Yostin David Zuñiga Valenzuela

Fecha de nacimiento 09 08 2020 **N° Documento de Identidad** 1081734738

Sexo Masculino ♂ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 03-02-2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Mayely Valenzuela Molina

Fecha de registro cualitativo 6- 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 Se observo que el niño le gusta colorear participar en juegos de roles le gusta contar cuentos le encanta escuchar cuentos.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Mayely Valenzuela Molina

Fecha de registro cualitativo 6- 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 Se observa que el niño sabe identificar los colores primarios, salta brinca patea pelota es un niño alegre.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Mayely Valenzuela Mol

Fecha de resgistro cualitativo 5- 0 11- 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 Se observa, que es un niño tierno alegre le gusta compartir Juegos y objetos le gusta Jugar botbol, colorea. brinca salta.

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

Powered by CamScanner

Valoración Cualitativa ⇨	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
0 a 6 meses	①	①	①	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑧	⑧	⑧	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑭	⑭	⑭	⑯	⑯	⑯	⑲	⑲	⑲	㉓	㉓	㉓	㉕	㉕	㉕
	②	②	②	⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦	⑨	⑨	⑨				⑬	⑬	⑬	⑮	⑮	⑮	⑰	⑰	⑰	⑳	⑳	⑳	㉔	㉔	㉔			
	③	③	③																			⑱	⑱	⑱	㉑	㉑	㉑						
6 meses y 1 día a 12 meses	①	①	①	③	③	③	⑤	⑤	⑤	⑨	⑨	⑨	⑪	⑪	⑪	⑮	⑮	⑮	⑲	⑲	⑲	㉒	㉒	㉒									
	②	②	②	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑯	⑯	⑯	⑳	⑳	⑳											
							⑦	⑦	⑦				⑬	⑬	⑬	⑰	⑰	⑰	㉑	㉑	㉑											
							⑧	⑧	⑧				⑭	⑭	⑭	⑱	⑱	⑱														
1 año y 1 día a 2 años	①	①	①	③	③	③	⑤	⑤	⑤	⑨	⑨	⑨	⑪	⑪	⑪	⑬	⑬	⑬	⑮	⑮	⑮	⑰	⑰	⑰	⑲	⑲	⑲	㉒	㉒	㉒	㉔	㉔	㉔
	②	②	②	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑭	⑭	⑭	⑯	⑯	⑯	⑱	⑱	⑱	⑳	⑳	⑳	㉓	㉓	㉓	㉕	㉕	㉕
				⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦				⑬	⑬	⑬	⑮	⑮	⑮	⑰	⑰	⑰				㉑	㉑	㉑						
							⑧	⑧	⑧				⑭	⑭	⑭	⑯	⑯	⑯	⑱	⑱	⑱											
2 años y 1 día a 3 años	①	①	①	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑭	⑭	⑭	⑯	⑯	⑯	⑱	⑱	⑱	㉑	㉑	㉑	㉒	㉒	㉒
	②	②	②	⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦				⑪	⑪	⑪	⑬	⑬	⑬	⑮	⑮	⑮	⑰	⑰	⑰	⑲	⑲	⑲	⑳	⑳	⑳	㉓	㉓	㉓
	③	③	③				⑧	⑧	⑧				⑫	⑫	⑫	⑭	⑭	⑭	⑯	⑯	⑯	⑱	⑱	⑱	⑳	⑳	⑳	㉑	㉑	㉑	㉔	㉔	㉔
													⑬	⑬	⑬	⑮	⑮	⑮	⑰	⑰	⑰											
3 años y 1 día a 4 años	①	①	①	⑥	⑥	⑥	⑧	⑧	⑧	⑫	⑫	⑫	⑬	⑬	⑬	⑰	⑰	⑰	⑲	⑲	⑲	㉒	㉒	㉒	㉔	㉔	㉔	㉗	㉗	㉗	㉙	㉙	㉙
	②	②	②	⑦	⑦	⑦	⑨	⑨	⑨	⑬	⑬	⑬	⑭	⑭	⑭	⑱	⑱	⑱	⑳	⑳	⑳	㉓	㉓	㉓	㉕	㉕	㉕	㉘	㉘	㉘	㉚	㉚	㉚
	③	③	③	⑧	⑧	⑧	⑩	⑩	⑩	⑭	⑭	⑭	⑮	⑮	⑮	⑲	⑲	⑲	㉑	㉑	㉑	㉔	㉔	㉔	㉖	㉖	㉖	㉙	㉙	㉙	㉛	㉛	㉛
	④	④	④				⑪	⑪	⑪				⑯	⑯	⑯	⑳	⑳	⑳				㉕	㉕	㉕				㉚	㉚	㉚	㉜	㉜	㉜
	⑤	⑤	⑤				⑫	⑫	⑫				⑰	⑰	⑰	㉑	㉑	㉑				㉖	㉖	㉖				㉛	㉛	㉛	㉝	㉝	㉝
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	①	①	①	⑥	⑥	⑥	⑧	⑧	⑧	⑫	⑫	⑫	⑬	⑬	⑬	⑰	⑰	⑰	⑲	⑲	⑲	㉒	㉒	㉒	㉔	㉔	㉔	㉗	㉗	㉗	㉙	㉙	㉙
	②	②	②	⑦	⑦	⑦	⑨	⑨	⑨	⑬	⑬	⑬	⑭	⑭	⑭	⑱	⑱	⑱	⑳	⑳	⑳	㉓	㉓	㉓	㉕	㉕	㉕	㉘	㉘	㉘	㉚	㉚	㉚
	③	③	③	⑧	⑧	⑧	⑩	⑩	⑩	⑭	⑭	⑭	⑮	⑮	⑮	⑲	⑲	⑲	㉑	㉑	㉑	㉔	㉔	㉔	㉖	㉖	㉖	㉙	㉙	㉙	㉛	㉛	㉛
	④	④	④				⑪	⑪	⑪				⑯	⑯	⑯	⑳	⑳	⑳				㉕	㉕	㉕				㉚	㉚	㉚	㉜	㉜	㉜
	⑤	⑤	⑤				⑫	⑫	⑫				⑰	⑰	⑰	㉑	㉑	㉑				㉖	㉖	㉖				㉛	㉛	㉛	㉝	㉝	㉝

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

Powered by CamScanner

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 Veronica Valenzuela Obando Identificado con CC 1084739236 Expedida en Obando Acudiente del menor Yostin David Suniga Identificado con Registro Civil de Nacimiento Numero. 1084734238.

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.

Veronica .

Firma Usuario y/o Acudiente

Huellas de Amor Para Tu Vida

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
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 CAPERUCITA ROJAS en el cual labora la Madre Comunitaria MAYELI VALENZUELA 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): YOSTIN DAVID ZUÑIGA VALENZUELA. 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 3 del mes 02 del año 2025, en el Municipio de OPORAPA.

Veronica

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 JOSTIN DAVID ZUNIGA VALENZUELA, identificado (a) con documento de identidad número 1081734738 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, VERONICA VALENZUELA, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1081729235, 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_____, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa _____

Suscriben:

Firma: VERONICA
Nombre: VERONICA
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3232482579
Fecha: 03-02-2025
Municipio: OPORAPA

CLASIFICADA

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA

NUIP 1.081.734.738

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59221955

59221955

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L G D

REGISTRADURIA DE SALADOBLANCO - COLOMBIA - HUILA - SALADOBLANCO

Datos del inscrito

Primer Apellido: ZUÑIGA Segundo Apellido: VALENZUELA

Nombre(s): YOSTIN DAVID

Fecha de nacimiento: Año 2020 Mes AGO Día 09 Sexo (en letras): MASCULINO Grupo sanguíneo: B Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento - Inspección de Policía): COLOMBIA HUILA PITALITO

Tipo de documento antecedente o de identificación del nacido vivo: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO No.: 15825788-8

Datos de nombre y apellidos, tipo y número de documento de identificación y lugar de expedición del documento de identificación de la madre

VALENZUELA CABRERA VERONICA

TI 1.081.729.235 COLOMBIA

Datos de nombre y apellidos, tipo y número de documento de identificación y lugar de expedición del documento de identificación del padre

ZUÑIGA ROJAS YEISON DAVID

TI 1.006.947.818 COLOMBIA

Datos del declarante

Nombre(s) y apellidos completos: ZUÑIGA ROJAS YEISON DAVID

Documento de identificación (clase y número): TI 1.006.947.818 Firma: Yeison David Zuñiga

Datos del primer testigo

Nombre(s) y apellidos completos

Documento de identificación (clase y número) Firma

Datos del segundo testigo

Nombre(s) y apellidos completos

Documento de identificación (clase y número) Firma

Fecha de inscripción: Año 2020 Mes AGO Día 20

Nombre y firma del funcionario que autoriza: LUIS ALBERTO HOLGUIN CHAVARRO - RE

Nombre completo

Firma

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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	1081734738
NOMBRES	YOSTIN DAVID
APELLIDOS	ZUÑIGA VALENZUELA
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	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/10/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/08/2025 16:39:07	**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

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 08/07/2025

Ficha: 41503030920500001540

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: YOSTIN DAVID

Apellidos: ZUÑIGA VALENZUELA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1081734738

Municipio: Oporapa

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/07/2023

Última actualización ciudadano: 06/09/2024

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: JHON JANIER SCARPETTA CALDERON

Dirección: Calle 5 No 6 - 79

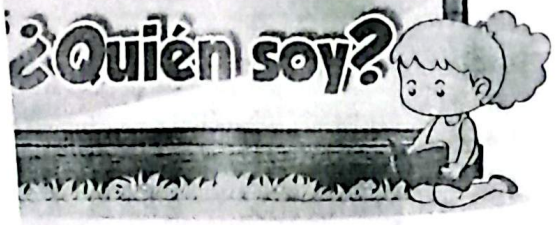
Teléfono: 311847898

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

Powered by CamScanner

CRECIENDO SALUDABLEMENTE

¿Quién soy?



o es: YOSTIN DAVID ZUÑIGA VARGAS

: 09-08-2020 ⇒ sabado.

Mes 08 del Año 2020

_____ Mi talla fue _____

anguíneo es: B+.

SH fue _____

istro civil es: _____

ede hospitalizado? Si_____ No _____

_____

_____

a _____ Teléfono _____

_____ Teléfono _____

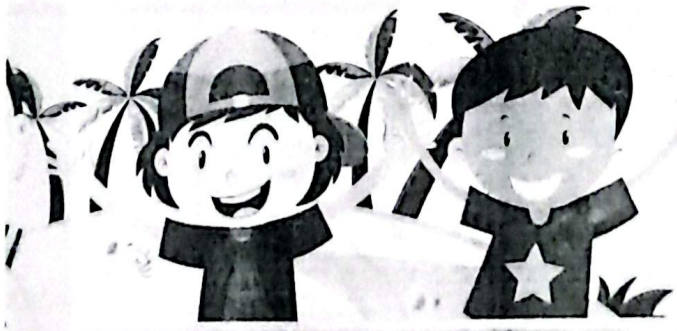
_____

licamento especial: _____

alimentos diferentes a la leche materna_____

ende la lactancia materna:

Meses_____



ElectroHuila

Transmitimos Buena Energía

Nit:891.180.001-1

@ELECTROHUILA ELECTROHUILA S.A.

ELECTROHUILA ELECTROHUILA

WWW.ELECTROHUILA.COM.CO

COMUNICATE CON NOSOTROS ATENCIÓN 24/7
DAÑOS Y EMERGENCIAS 018000952115

COSTO UNITARIO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

$$CUv_{n,m,l,j} = G_{m,l,j} \cdot T_m + D_{n,m} + Cv_{m,l,j} + PR_{n,m,l,j} + R_{m,l}$$

Gm: Costo de compra de Energia ($/KWh)para el mes m. Tm Costo de Uso del Sistema Nacional de Trasmisión ($/KWh) para el mes m. Dn,m Costo por el Uso del sistema de Distribución ($/KWh) correspondiente al nivel de tensión n para el mes.

DETALLE DE CUENTA

Valor Total Energía Fcturado	$ 56.968
Valor (Subsidio/Contribución %)	$ - 33.078
Valor Total Energía Fcturado	$ 23.910

LIQUIDACIÓN CONSUMO PEI1000

DIC 2

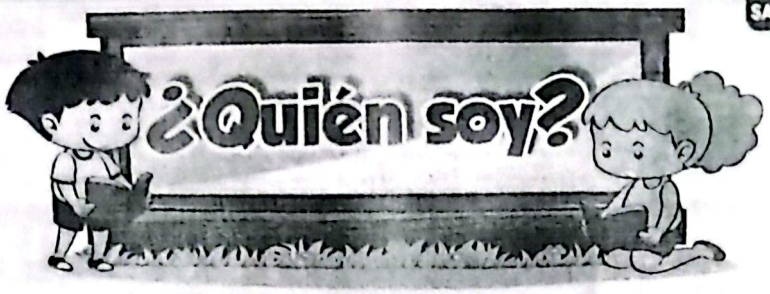
[QV_-41094]
RECAUDOS SUCHANCE
FECHA:17/01/2025 16:16:24
RECAUDO PARA:ELECTROHUILA
NIT:900299244
COLILLA:QV_-41098 000340358024
TEL CLIENTE:0
NOM CLIENTE:MANUEL MOLINA MAZABEL
TRANSACCION:3925302
PLAN-OFIC:-8470017
OFICINA:
TEL CONTACTO

VT:***51290.0 IVA:****0.0 VT:*****51290

OF:26 E:24454 SV:26002

[QV_-41097]

CRECIENDO SALUDABLEMENTE



Mi nombre completo es: JOSTIN DAVID ZUNIGA UNIGARRO LA

Nací en la ciudad de: 09-08-2020 ⇒ Sabaneta.

El día 9 del Mes 08 del Año 2020

Mi peso fue _____ Mi talla fue _____

Mi tipo y mi grupo sanguíneo es: B+.

Mi resultado de TSH fue _____

Mi número de registro civil es: _____

Cuando nací, ¿quede hospitalizado? Si_____ No_____

¿Por qué?_____

Mi EPS es_____

Mi mamá se llama _____ Teléfono_____

Mi papá se llama _____ 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

CRECIENDO SALUDABLEMENTE

MI PRÓXIMA CITA

DÍA	MES	AÑO	HORA		
29	04	2025		ENF Lucy Q.	V
27	09	2025		MED.	V

E.S.E MUNICIPAL
DAVID MOLINA MUÑOZ

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

La salud es de todos

Minsalud

Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
publicada en el diario oficial numero 49[illegible] 06/07/2016

E.S.E MUNICIPAL
DAVID MOLINA MUÑOZ

Powered by CamScanner

6

Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)

Talla (cm)

125 120 115 110 105 100 95 90 85 80 75

+2 +1 1 -2

125 120 115 110 105 100 95 90 85

DAVID MOLINA MUÑOZ

CRECIENDO JUNTOS

1001 — 22/4/16 @ 25h/52

7

PERÍMETRO CEFÁLICO NIÑOS

Puntuación Z (0 a 5 años)

Perímetro Cefálico (cm)

56 54 52 50 48 46 44 42 40 38 36 34 32 30

+2

56 54 52 50 48 46 44 42 40 38 36 34 32 30

Nacimiento 1 AÑO 2 AÑOS 3 AÑOS 4 AÑOS 5 AÑOS

Edad (en Meses y años cumplido)

Resolución MIN SALUD 2465 del 14 de [illegible] 2016

publicada en el diario oficial número [illegible] 07/2016

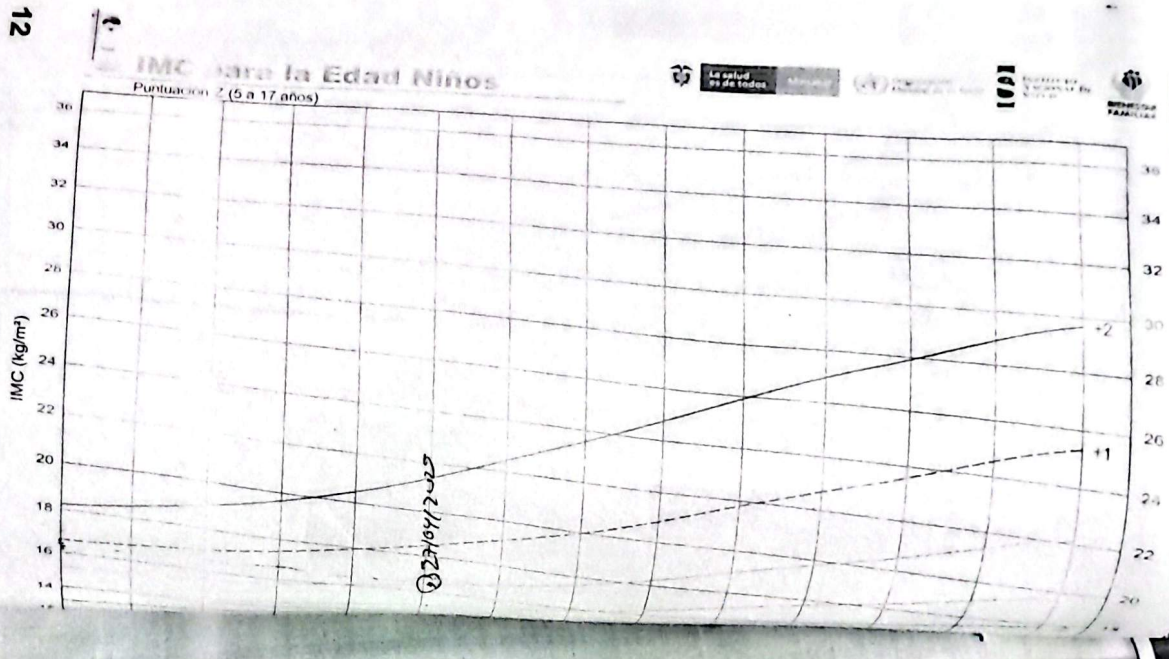
DAVID MOLINA MUÑOZ

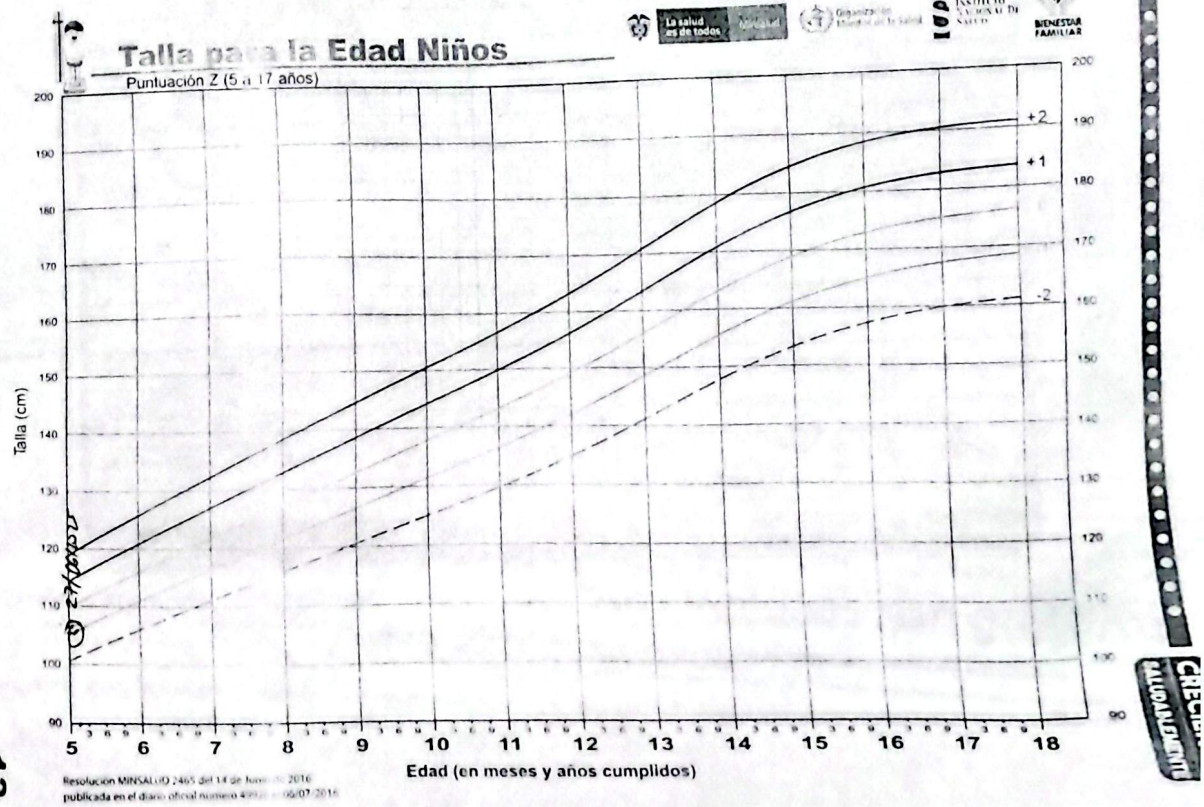
CRECIENDO JUNTOS

1001 — 22/4/16 @ 25h/52

Powered by CamScanner

12


IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (5 a 17 años)
IMC (kg/m²)
+2
+1
23/04/2025


Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (5 a 17 años)
Talla (cm)
+2
+1
-2
Edad (en meses y años cumplidos)
Resolución MINSALUD 2465 del 14 de
publicada en el diario oficial numero

13

MIS CONTROLES

FECHA	TA	PESO EN KG	TALLA	PERÍMETRO CEFÁLICO
29-04-2025	4 A	17,2	104	49,8.
			ok.	

OBSERVACIONES: _____

E.S.E MUNICIPAL
DAVID MOLINA MUÑOZ

Powered by CamScanner

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Numero de lote	IPS vacunadora	Fecha proxima cita Día	Mes	Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva SÍ ☐ No ☐											
	Tuberculosis B.C.G.	Única	9.	8.	20	Serum	[illegible] H. San Antonio		-	-	-	Araly Cabrera
	Hepatitis B	Recién nacido	9 -	8 -	20	Serum	[illegible] H. San Antonio		9	10	20	Araly Cabrera
2 Meses	Lactancia materna exclusiva SÍ ☐ No ☐											
	Polio (Oral - IM)	1°	09/10/20			Sanofi	[illegible]					
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1°				Serum	[illegible]					
	Rotavirus	1°				Glaxo	[illegible]					
	Neumococo	1°				Glaxo	[illegible]					
4 Meses	Lactancia materna exclusiva SÍ ☐ No ☐											
	Polio (Oral - IM)	2°	10 - 12 - 20			Sanofi	T308911					
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2°	10 - 12 - 20			Serum	[illegible]					
	Rotavirus	2°	10 - 12 - 20			Glaxo	[illegible]					
	Neumococo	2°	10 - 12 - 20			Glaxo	[illegible]					
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.											
	Polio (Oral - IM)	3°	19 - 2 - 21			T308911	SMO					
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3°	19 - 2 - 21			[illegible]	SMO					
	Influenza	1°	8 - 07 - 21			[illegible]	Seq					
7 Meses	Influenza	2°	17 - 8 - 21			[illegible]	[illegible] SM					
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1°	24 - 9 - 21			Sanofi	[illegible] SE NSM					Diana Bermudez
	Fiebre Amarilla	1°										
	Neumococo	Refuerzo	17 - 8 - 21			Glaxo	[illegible]					Maria del Carmen Gómez Triana AUXILIAR DE ENFERMERÍA RA 2579
	Influenza	Anual										
	Hepatitis A	ÚNICA	17 - 8 - 21			MSD	[illegible]					
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo										
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo										
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo										
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo										
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo										
Niñas 9 Años o más	VPH	1°										
	VPH	2°										
	VPH	3°										
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela.	1Ú	17 - 8 - 21			[illegible]	[illegible]					
	Sarampion Rubeola.		24 - 9 - 21			[illegible]	[illegible]					

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

Al momento de nacer | Fecha:

PRIMER CONTROL MEDICO

Durante el primer mes de vida | Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses	4 MESES		
7 a 9 meses			
10 a 12 meses	cita 6 meses	✓	
13 a 16 meses	cita 9M	✓	
17 a 20 meses	cita 12 meses	✓	
21 a 24 meses	cita 15 M SR		
25 a 30 meses			
31 a 36 meses	cita 18 meses		
37 a 48 meses	CITA 18 MAR 2022.		
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

Valor reportado TSH:

Fecha verificación:

Profesional que verificó:

Exíjalo

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años



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

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI | de cero a Siempre

INF
NIT 891 180 [illegible]-2
PITALITO - HUILA

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Juan David Lugo V.
Fecha de nacimiento: 9- 9010.2020
Nº de certificado de nacido vi[illegible]: 158257388
Registro civil: 1081[illegible]738
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3130 gramos
Dirección: U Piedra Tunda
Teléfono: 3237095[illegible]
Responsable: Vero[illegible] Valenzuela
Municipio de residencia: Saladoblanco
Departamento: Huila

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



MINSALUD | TODOS POR UN NUEVO PAÍ

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	24/01/2025
		Versión 1	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información Pública	

a de diligenciamiento: 05 02 2025

RMACIÓN DEL USUARIO

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

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

Tipo documento identidad: (X) Registro Civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Permiso de protección temporal ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial de permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta de movilidad fronteriza ( ) Sin documento

Número de documento: 1081734738

Fecha nacimiento: 09 08 2020

Nombres:

Apellidos:

senta discapacidad? ( ) Si (X) No

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

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

lique cuales aplican: ( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Multiple ( ) Sordoceguera ( ) N/A

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

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

RECCIÓN DE RESIDENCIA DEL USUARIO

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: Oporapa

Zona: Rural

Barrio: El pescado

Vereda: El Carmen

Sector:

Dirección: El Carmen Oporapa - Huila

NFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (X) Madre ( ) Padre ( ) Acudiente

Tipo documento Identidad: ( ) Registro Civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Permiso de protección temporal ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial de permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta de movilidad fronteriza ( ) Sin documento

Número de documento: 1081729235

Nombres: Veronica

Apellidos: Valenzuela

País de nacimiento: Saladoblanco

Fecha nacimiento: 26 11 2005

Correo electrónico:

Número de celular:

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o acudiente:

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Mayeli Valenzuela

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

Huellas de Amor
Para Tu Vida

BITACORA DEL DESARROLLO INFANTIL

HCB: caperosta roza FECHA: 11-03-2025

NOMBRE: Yostin David zuñiga

DESCRIPCION: Se a observado que es un niño muy alegre le encanta estar en grupo sube el hombre y apellido puede identificar colores primarios sube construir cosas asu imaginacion con las fichas salta corre

NOMBRE: Abril.

DESCRIPCION: Se observa que es un nino alegre. Realaza dibujos y hace discripcion de lo que dibuja propone asu grupo juegos de Roles. que le gusta como jugar ala mama y papa. acepta sugerencias entre reglas de juego.

NOMBRE: Yostin David zuñiga Junio

DESCRIPCION: Se a observado que es un nino Alegre le encanta cantar jugar interactuar consus compañeros le gusta explorar. el arte y jugar en grupo.

Powered by CamScanner