


Powered by CamScanner

**PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO** de cero a siempre

Ciudad Oporapa Huila

Nombre completo de la niña o niño Antonella Cabrera Chavarro

Fecha de nacimiento 02 07 2020 N° Documento de Identidad 1088402068

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

**Primer Registro Cualitativo**

Nombre del observador Arledis Robles Carvajal

Fecha de registro cualitativo 06 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

Antonella es muy activa le gusta participar de las Rondas, canciones, bailes, es muy cariñosa con sus compañeros.

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

**Segundo Registro Cualitativo**

Nombre del observador Arledis Robles Carvajal

Fecha de registro cualitativo 06 08 2025

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

Color de registro valoración cualitativa

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales La niña es muy cariñosa esta pendiente. de sus compañeros mas pequeños le gusta pintar. bailar, cantar, cuenta historias de su vida cotidiana

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

**Tercer Registro Cualitativo**

Nombre del observador Arledis Robles carvajal

Fecha de resgistro cualitativo 06 01 2025

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

Color de registro valoración cualitativa

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

La niña es muy activa le encanta que le cuente. cuentos cuida a sus compañeros mas pequeños le encanta pintar y hacer sus propios dibujos

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

| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| | | Página 1 de 3 |

03 01 2025

Tipo de vinculación: Usuario de nuevo ingreso

Número de documento: 1084902066 Fecha nacimiento: 02 07 2020

Nombres: Antonella Apellidos: Cabrera Chavarro

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? No

Seleccione la que aplique: No se autoreconoce

Indique cuales aplican: Migrante

Departamento residencia: Huila Municipio de residencia: Oporapa Zona: Rural Barrio: Vereda: Vereda Alto San Francisco

Rural Dirección: Vereda Alto San Francisco

Parentesco: Madre

Tipo documento identidad: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1084898666

Nombres: Maria Apellidos: Chavarro País de nacimiento: Colombia Fecha nacimiento: 09 07 1992

Correo electrónico: Número de celular: 3213617059 Número de fijo:

¿Autoriza el registro en sistema? Si

https://prematricula.icbf.gov.co

Nombre y Firma del padre, madre y/o acudiente: Maria Ch. P.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Arledis Robles Carvajal



Powered by CamScanner




Powered by CamScanner

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 propendan 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 Chaparro Mazabel identificado con CC 1084898666 Expedida en Popayán Acudiente del menor Antonella Cabrera C. Identificado con Registro Civil de Nacimiento Numero 1084902066

**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 Ch. P.

Firma Usuario y/o Acudiente

Huellas de Amor

República de Colombia
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Regional Huila
Centro Zonal Pitalito

ACTA DE COMPROMISO PARA PADRES DE
MODALIDAD HOGARES COMUNITA

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 San Francisco en el cual labora la Madre Comunitaria Aixedis Robles C. 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): Antonella Cabrera Chavarro. 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 Febrero del año 2025, en el Municipio de Oporapa Huila.

María Ch. M.

**Nombre y Firma del Padre (Madre) de Familia**



Powered by CamScanner

| | PROCESO<br>COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA | F2.P2.CE | 11/07/2024 |
|---|---|---|---|
| BIENESTAR FAMILIAR | 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 Marianeila Cabrera Chavarro, identificado (a) con documento de identidad número 1054902066, 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 | | Videos | | Otros datos personales | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, María Chavarro Mazabel, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1084898666, 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 | | 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 Corhuellas, 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: María Ch. M.
Nombre: María Chavarro Mazabel
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3213617059
Fecha: 03 - Febrero 2025
Municipio: Opotapa



Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59233708

NUIP 1.084.902.066

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Notaría ☐ Número ☐☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código L Z B

REGISTRADURIA DE OPORAPA - COLOMBIA - HUILA - OPORAPA

Datos del inscrito

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| CABRERA | CHAVARRO |

Nombre(s)

ANTONELLA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2020 Mes JUL Día 02 | FEMENINO | O | NEGATIVO |

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 | 15825317-6 |

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

CHAVARRO MAZAREL MARIA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.084.898.666 | 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

CABRERA CIFUENTES LUIS ANGEL

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.084.897.315 | COLOMBIA |

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CABRERA CIFUENTES LUIS ANGEL

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1.084.897.315 | |

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 2020 Mes JUL Día 09 | LIDA YANETH LEON ROJAS - REGISTRA |
| | Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

ES COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA OFICINA

SE EXPIDE PARA DEMOSTRAR PARENTESCO

ART 115 DEC. 1260/70 Y ART 10 DEC. 2150/72

09 JUL 2020 - NO SE TOMAN HUELLAS POR PANDEMIA COVID-19

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPRODUCCIÓN ES FIEL COPIA DE REPOSA EN LOS REGISTRADURÍA

Powered by CamScanner

Sisbén

Fecha de consulta: 26/06/2025

Ficha: 4150300952050000192

C9

**Vulnerable**

DATOS PERSONALES

**Nombres:** ANTONELLA

**Apellidos:** CABRERA CHAVARRO

**Tipo de documento:** Registro civil

**Número de documento:** 1084902066

**Municipio:** Oporapa

**Departamento:** Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

| | |
|---|---|
| Encuesta vigente: | 29/08/2019 |
| Ultima actualización ciudadano: | 22/07/2020 |
| Ultima actualización via registros administrativos: | 25/11/2023 |

*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 |
| Telefono: | 311847898 |
| Correo Electrónico: | sisben@oporapa-huila.gov.co |

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluacion de la Educación
- ICETEX



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 IDENTIFICACIÓN | 1084902066 |
| NOMBRES | ANTONELLA |
| APELLIDOS | CABRERA CHAVARRO |
| 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. | CONTRIBUTIVO | 06/09/2022 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 06/26/2025 13:11:12 | **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**,



Powered by CamScanner

Electrohuila

SU CODIGO CUENTA NIU

**318127880**

Para cualquier consulta y pago electrónico www.electrohuila.com.co PT -CPE -05 -001

TOTAL A PAGAR

**$ 194.320**

FACTURA DE VENTA No. 84889705

FECHA DE EXPEDICIÓN 26-NOV-2024
LECTURA 07-ENE-2025
FECHA DE VENCIMIENTO PARA UNIDAD 29-ENE-2025

## INFORMACIÓN CLIENTE

Nombre
Dirección VDA EL ROBLE
Municipio OPORAPA
Clase Servicio Residencial

Nit CC 1084899702
Ruta 25030240830
Ciclo 064
Estrato 1

## INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tensión 1 SECUNDARIA
Carga Contratada 432
Grupo 4

Circuito B700103
Nombre
Atrasos 2

## INFORMACIÓN CONSUMO

| Contador | Marca | T.E | T.M | Obs | Lec.Actual | Lec.Ante. | Factor | Consumo (Kwh) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 68774295 | 78RN | A | S | 00 | 8697 | 8401 | 1 | 296 |

Promedio Cuenta 226 Consumo Año Anterior 185 Consumo Antecior 185

## ULTIMOS CONSUMOS




| Mes | Consumo |
|---|---|
| DIC | 296 |
| OCT | 205 |
| AGO | 235 |
| JUN | 239 |
| ABR | 229 |
| FEB | 282 |
| DIC | 105 |

## CALIDAD DEL SERVICIO

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

## ULTIMO PAGO

Fecha 28/09/2024
Valor $ 97700

## LIQUIDACIÓN

| Consumo(kwh) | Tarifa($/kwh) | Valor Total($) |
|---|---|---|
| 146.0 | 982.574 * | 145421 |
| 148.0 | 982.5245 * | 145414 |

## CONSUMO PERIODO

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

| | | |
|---|---|---|
| Valor Total Energía del Periodo | $ | 290.835 |
| Valor (Subsidio/Contribución %) | $ | - 148.277 |
| Valor Total Energía Facturado | $ | 142.558 |

## DETALLE DE CUENTA

| CONCEPTO | VALOR MES |
|---|---|
| DEUDA CAPITAL | $ 46.743 |
| INTERES MORATORIO | $ 466 |
| INTERES MES ALUMBRADO | $ 16 |
| DEUDA ALUMBRADO Y OTROS | $ 1.587 |
| CONSUMO PERIODO | $ 290.335 |
| IMPUESTO ALUM. PUBLICO | $ 2.351 |
| AJUSTE DECENA | $ - 1 |
| SUBSIDIO | $ - 148.277 |

| | | |
|---|---|---|
| OTROS CARGOS | $ | 0 |
| ALUMBRADO P | $ | 4.554 |
| VALOR ELECTROHUILA | $ | 169.768 |

**TOTAL A PAGAR**

**$ 194.320**

## ELECTRODOMÉSTICOS

| CONVENIO | C PEND | TOTAL CONV | SALDO |
|---|---|---|---|

## FINANCIACIONES

| FINANCIACION | C PEND | TOTAL FIN | SALDO FIN CUOTA |
|---|---|---|---|

FOEB: Consumo Kwh $Kwh Valor $ No Factura

## COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 419.0 Tm: 55.0 PRn,m: 96.0 Dn,m: 263.0 Rm: 3.0 Cv,m: 14
5.0 CUv,n,m: 982.5245 ($/Kwh)

## CREDIVALORES

| SALDO | CAPITAL | INT.CORRIENTE | INT.MORA |
|---|---|---|---|

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.084.898.666**

**CHAVARRO MAZABEL**

APELLIDOS

**MARIA**

NOMBRES

Maria Chávarro M

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-JUL-1992**

**OPORAPA**
**(HUILA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.58** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**29-JUL-2010 OPORAPA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1905100-00259475-F-1084898666-20101008 0024312108A 1 30992841

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.084.897.315

CABRERA CIFUENTES
APELLIDOS

LUIS ANGEL
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-NOV-1988
OPORAPA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

01-DIC-2006 OPORAPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



P-1905100-50156871-M-1084897315-20070306 0334907084C 02 210359951

Powered by CamScanner

QUIZÁS YO?

Nombres y Apellidos: Antonella Cabrera Chaparro

Fecha de Nacimiento: Día 02 mes Julio de 2018

Identificación: 1.084.902.066 T. Sangre O-

Nombre de mi Mamá: Yuri Chaparro Ocupación Estudiante

Nombre de mi Papá: Luis Cabrera Ocupación Servidor Público

Dirección: Vereda el Tablon Tel o Cel.: 3213617659

## DATOS PERSONALES DE REGISTRO DE CRECIMIENTO

**Información de Nacimiento:**

Fecha de Nacimiento: DD_____ MM_____ AA_____

Recién Nacido: Pretermino____ Atermino____ Edad Gestional 38

Embarzo: Único____ Múltiple____ No. de Gestaciones _____

Lugar que ocupa entre los hermanos _____

Peso 2650 Grs Talla 46 cms Perímetro Cefálico ____ cms

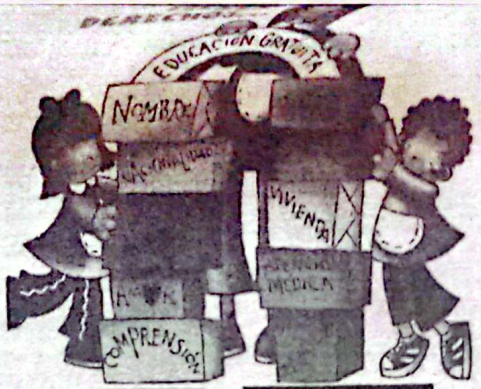
Tiene Hermano Menor: Si X No____ Fecha de Nacimiento _____

**Alimentación:**

Edad introducción de alimentos diferentes a la leche materna _____

Edad en que suspende la lactancia materna Semanas _____ Meses _____

Powered by CamScanner




QUE SE CUMPLAN ES RESPONSABILIDAD DE LOS ADULTOS

# CITAS PROGRAMADAS

| AÑO | MES | DIA | HORA | Cumplio | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | SI | NO |
| 2020 | OCTUBRE | 27 | 7:45 MD | ✓ | |
| 2021 | Enero | 08 | 8:00 am | ✓ | |
| 2021 | Mayo | 13 | 1:30 | ✓ | |
| 2021 | Noviembre | 23 | 9:00 | | |
| 2022 | Agosto | 06 | 10:00 | — | |
| 2023 | Enero | 30 | 10:00 AM | EF. Pospuesta | |
| 2023 | Julio | 26 | 9:00 | MD | Cumplio. |
| 2024 | Julio | 12 | Cit | — | |
| 2025 | Julio | 14 | MD | ✓ | |

Agosto



Powered by CamScanner

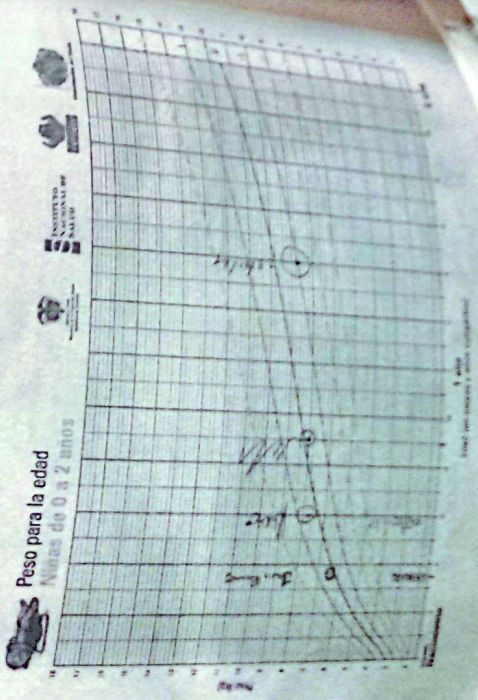


- Juega conmigo, desde muy pequeño entiendo que estás jugando cuando imitas sonidos de animales, haces gestos, cuando tomas un juguete y lo escondes y lo apareces nuevamente.
- Cuando me veas llorar, acaríciame pues tus manos alivian mi dolor, reduce mis temores y mis miedos.
- Permíteme explorar, recuerda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

Su hija 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 ella por un vínculo que genera placer mutuo. De esta forma tendrá más tarde con□anza en sí misma y contará con desarrollo biológico, psicológico y social armónico.

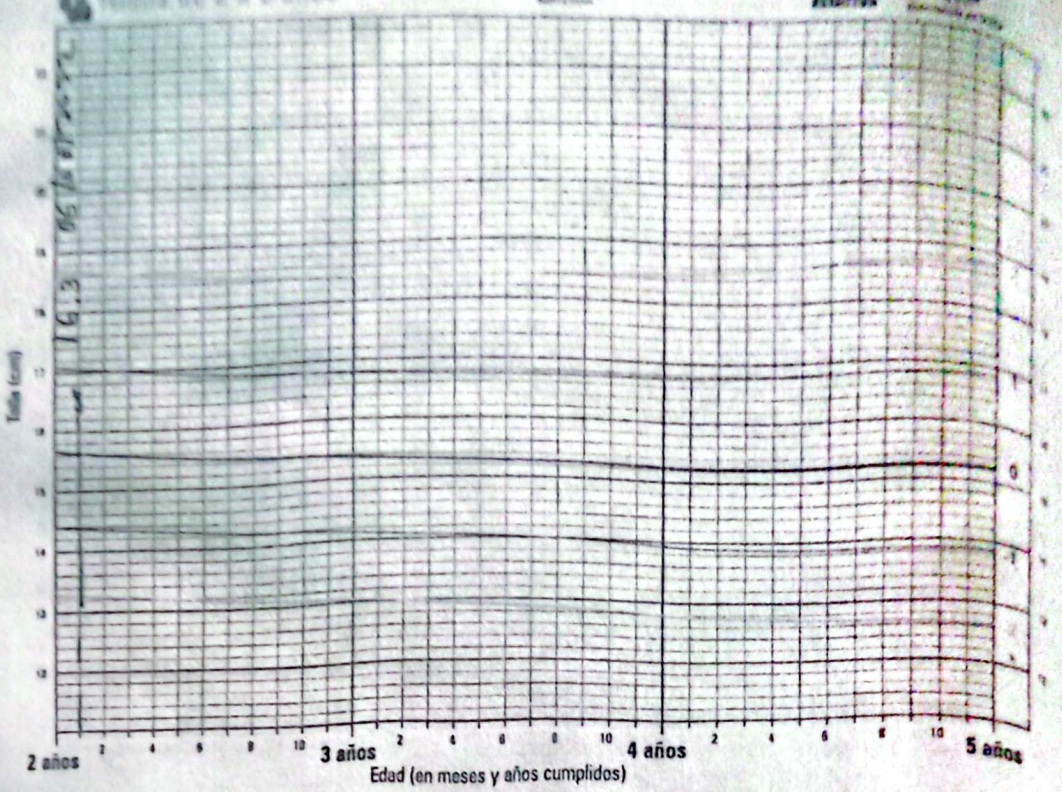
## FORMULARIO DE REGISTRO

| Fecha de Toma de Medida | Edad en años y meses | Peso en Kilogramos | Talla en Centimetros | Evaluación |
|---|---|---|---|---|
| 27/10/20 | 3meses | 6,5Kg | 60cm | PC: 41 |
| 08/01/21 | 6mes | 7.9 | 63 | PC41 |
| 23/11/21 | 18mes | 8.9 | 75 | PC: ul |
| 06/08/2022 | 25 mes | Peso: 11 Kg P: | 82 PC:47 | PB:14 |
| 25-01/23 | 30 M | 12 Kg | 88 48 | PB 45.cc |
| 15/7/23 | 36 M | 12.3 Kg | 93 49 | P14 cc |
| 12/07/24 | 4 a. | 14K | 97.5cm | - |
| 14/08/25 | 5 años | 16 Kg | 106 cm | PC 44 cm |
| | | | | |
| | | | | |

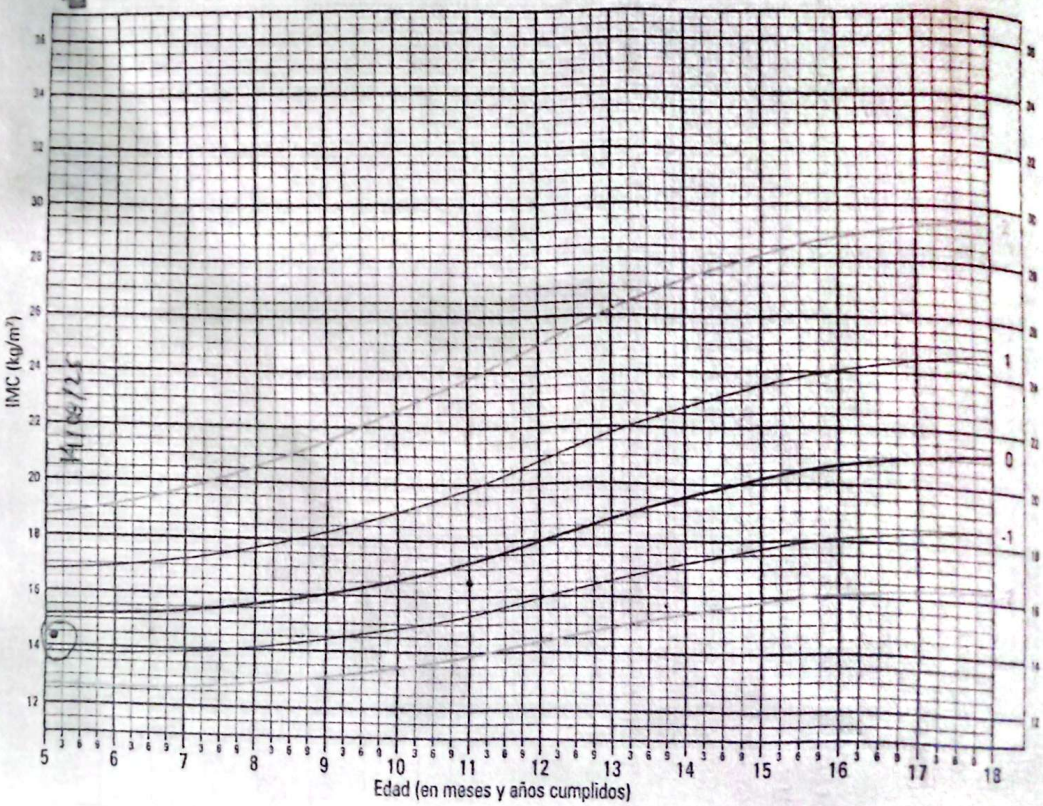



Powered by CamScanner

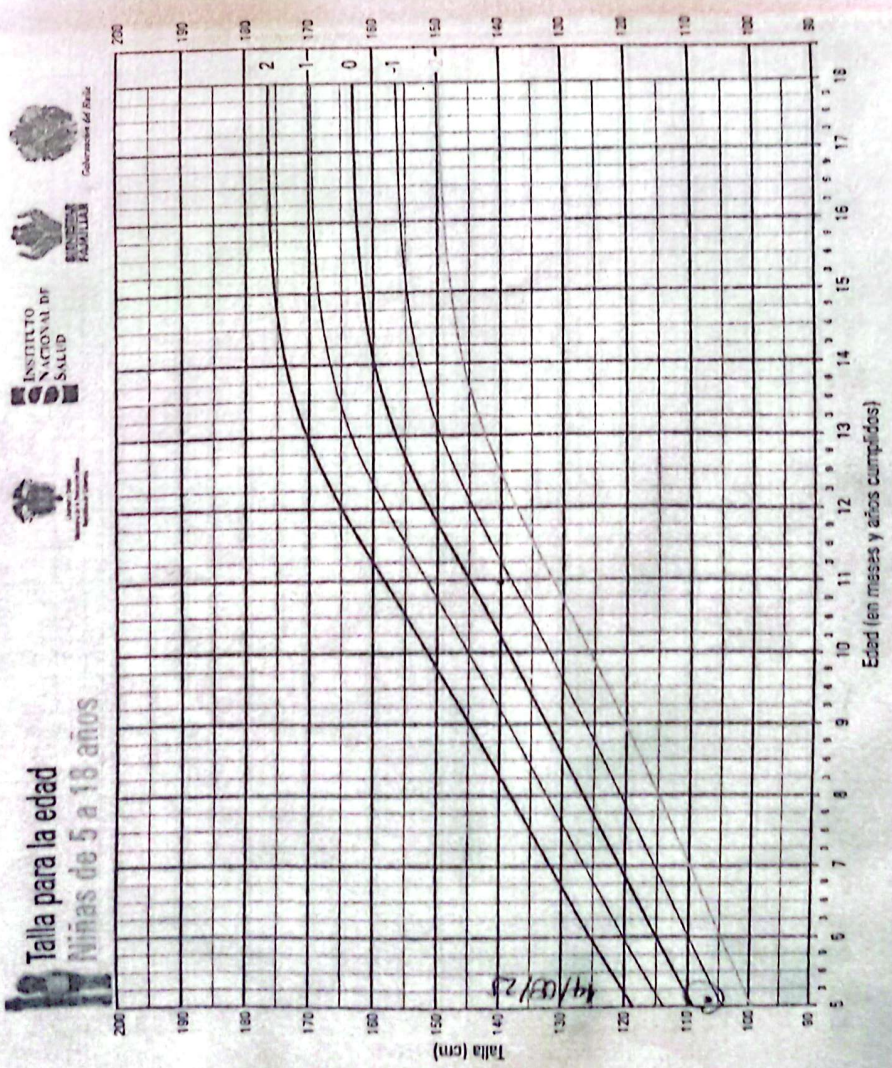
## Índice de masa corporal
### Niñas de 2 a 5 años




## Índice de masa corporal
### Niñas de 5 a 18 años




Powered by CamScanner






1. Para el mejor comienzo de la vida alimente a su hija solo con leche materna hasta los seis meses y continúe amamantandola hasta los 2 años.
2. Complemente la lactancia materna a partir de los seis meses, dando a la niña en forma progresiva alimentos de los siete grupos.



3. Introducir los alimentos complementarios a partir del 6° mes de edad y continuar con la LACTANCIA MATERNA
4. Continuar con la LACTANCIA MATERNA frecuente y a libre demanda hasta los dos años de edad.

## ASPECTOS NUTRICIONALES DE LA LECHE MATERNA

| Hasta 6 meses | Hasta 1 año | Hasta destete natural (2 años y MAS) |
|---|---|---|
| Aporta todas las calorías, agua y nutrientes | Aporte entre 1/2 y 2/3 de necesidades energéticas y nutricionales | Aporta nutrientes de buena calidad |
| ÚNICO ALIMENTO | ALIMENTO BÁSICO | ALIMENTO COMPLEMENTARIO |

## COMO INICIAR ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

- Tener buena actitud.
- Alimentar a los lactantes directamente.
- Alimentar despacio, pacientemente y animarlos a comer sin forzarlos.
- Darle un solo alimento cada vez, durante una semana.
- Introducir un nuevo alimento en circunstancia favorables.
- Ofrecer pequeñas porciones e ir aumentando.



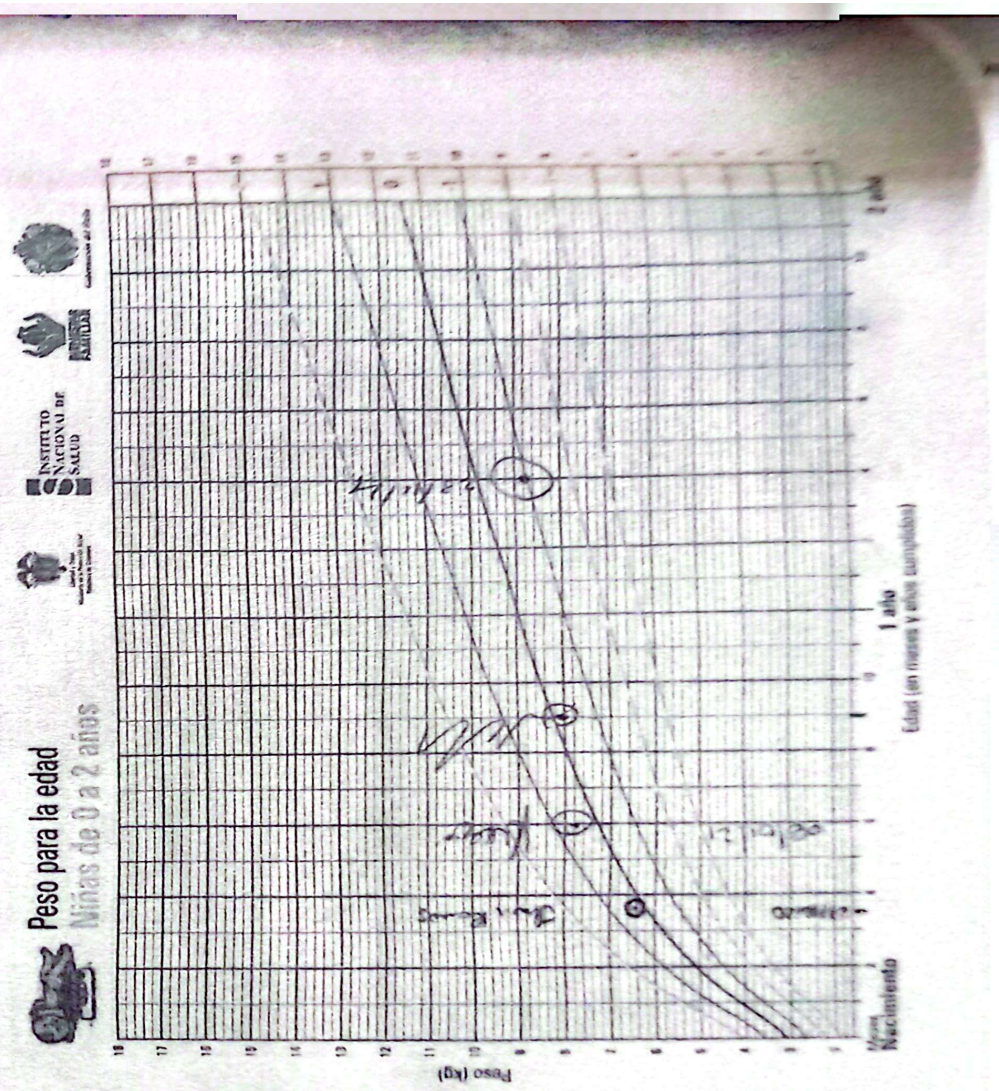
Powered by CamScanner

- Juega conmigo, desde muy peq[illegible] 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.

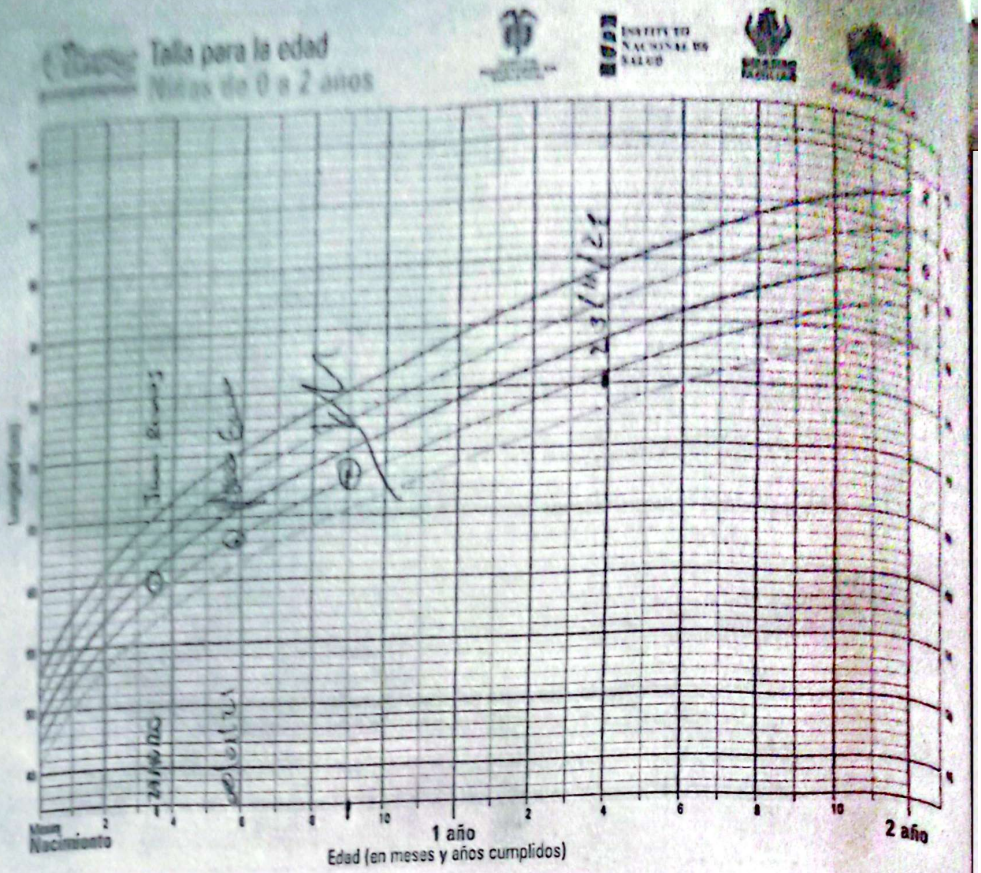
Su hija puede disfrutar en su infancia del calor de la relación que les brinden sus padres, hermanos, abuelos y otros parientes, teniéndolos como personas disponibles para su cuidado y protección, ligados a ella por un vínculo que genera placer mutuo. De esta forma tendrá más tarde con[illegible]anza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

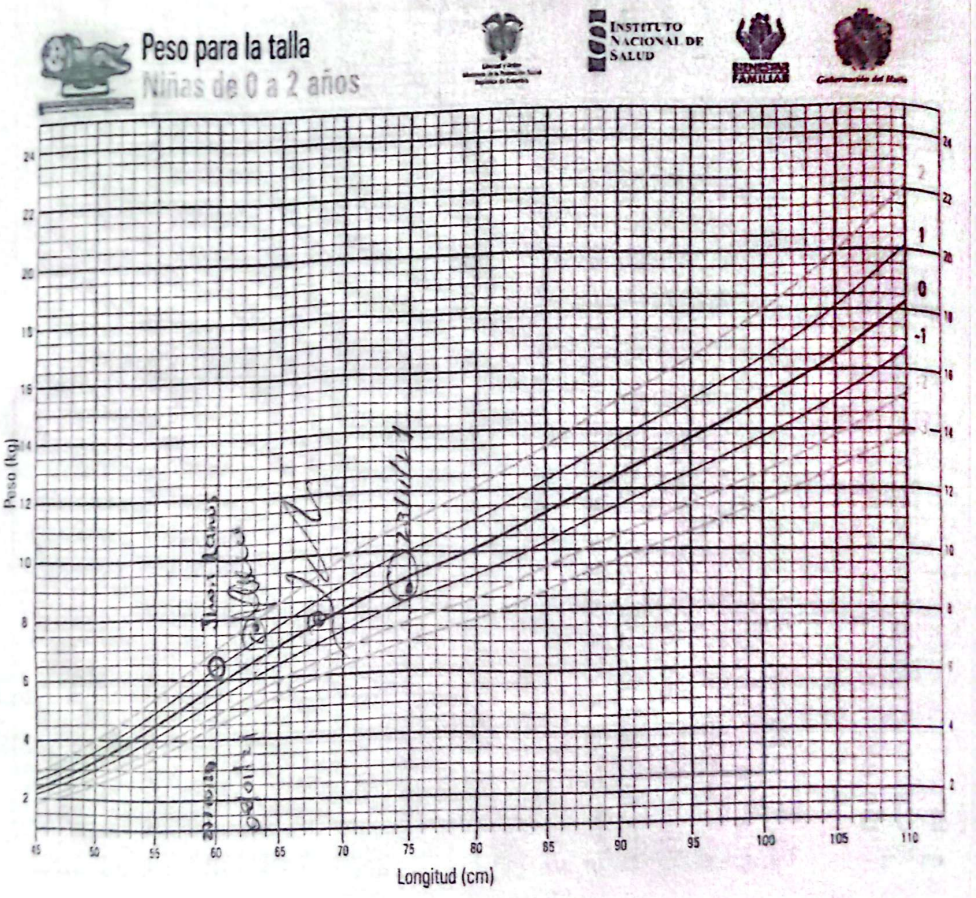
## FORMULARIO DE REGISTRO

| Fecha de Toma de Medida | Edad en años y meses | Peso en Kilogramos | Talla en Centimetros | Evaluación |
|---|---|---|---|---|
| 27/10/20 | 3meses | 6,5Kg | 60cm | PC: 41 |
| 08/01/21 | 6mes | 7.9 | 63 | PC:41 |
| 23/11/21 | 18mes | 8.9 | 75 | PC: ul |
| 06/08/2022 | 25mes | Peso: 11 Kg | 82 PC:47 | PB: 14 |
| 25/01/23 | 30 M | 12 Kg | 88 48 | PB 15. ec |
| 15/7/23 | 36 M | 12.3 Kg | 93 49 | P14 cc |
| 12/07/24 | 4a. | 14K | 97.5cm 48 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



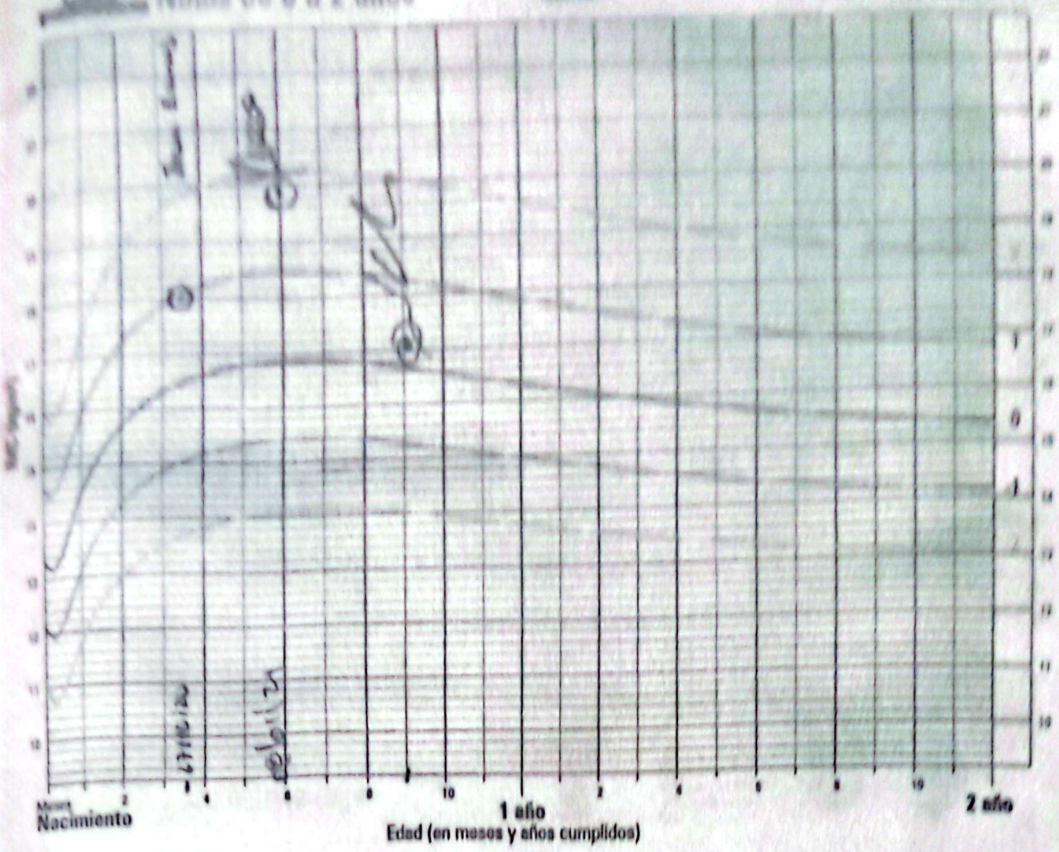

Powered by CamScanner



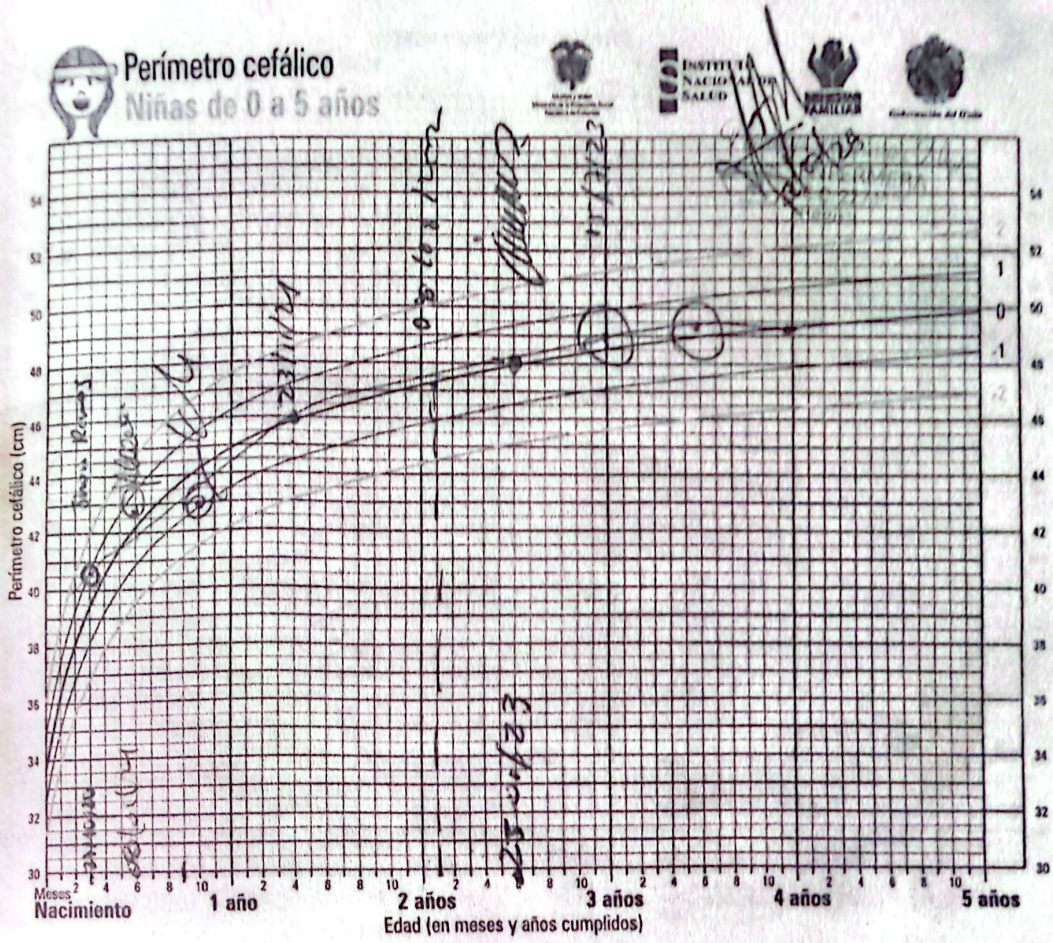




Powered by CamScanner

## Índice de masa corporal
Niñas de 0 a 2 años

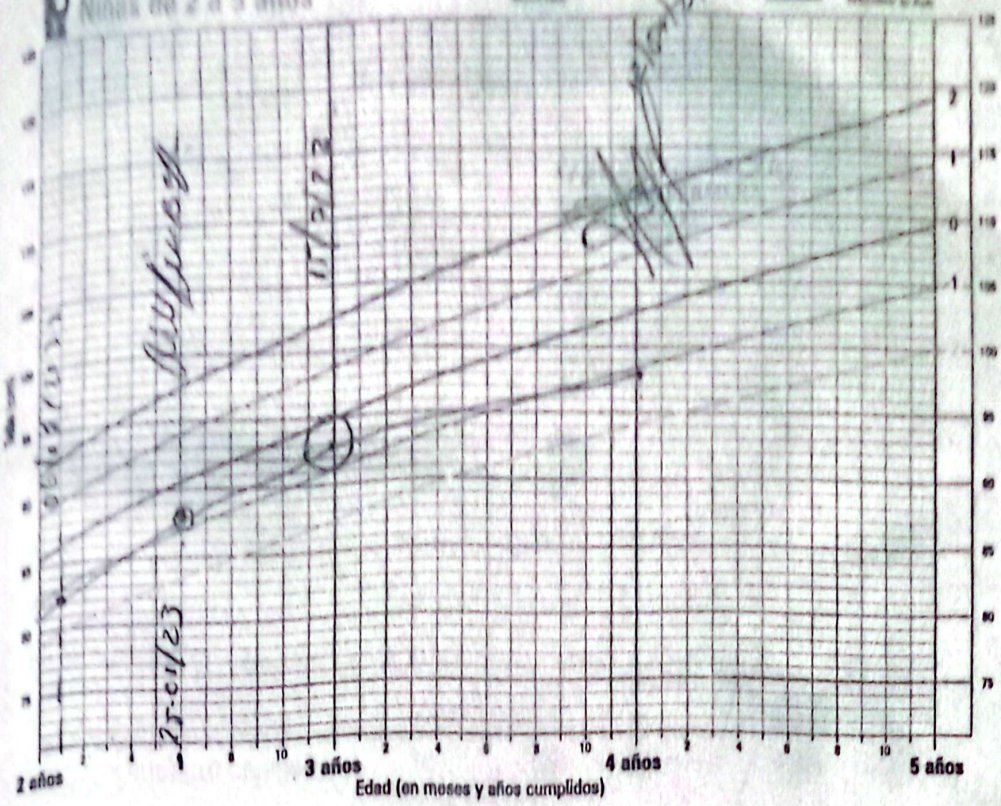



## Perímetro cefálico
Niñas de 0 a 5 años

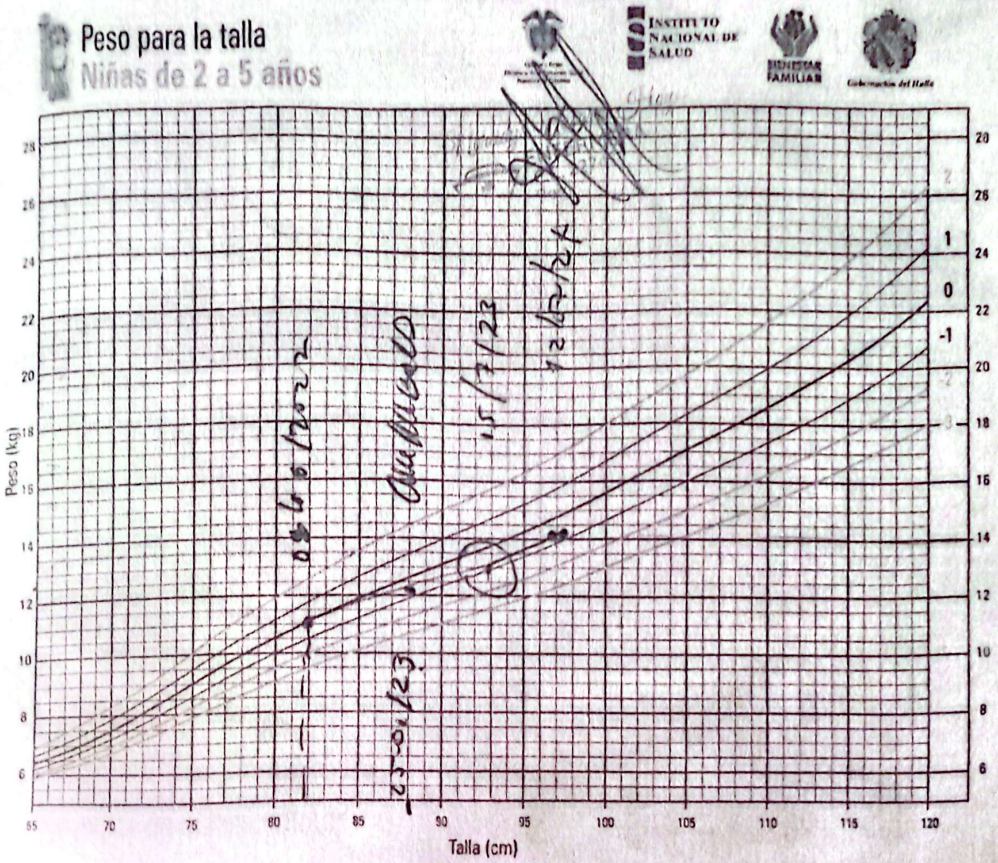



Powered by CamScanner

## Talla para la edad
Niñas de 2 a 5 años




## Peso para la talla
Niñas de 2 a 5 años




Powered by CamScanner

**PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO**
**IDENTIFICACION E INSCRIPCION TEMPRANA**

Al momento de nacer — Fecha:

**PRIMER CONTROL MÉDICO**

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 | 12-08-21 | 2dosis | influenza. |
| 7 a 9 meses | | | |
| 10 a 12 meses | | | |
| 13 a 16 meses | cita. 07-01-2022 | | |
| 17 a 20 meses | 1 refuerzo | 18 meses | |
| 21 a 24 meses | | | |
| 25 a 30 meses | cita: Cumplir 5 años. | | |
| 31 a 36 meses | | | |
| 37 a 48 meses | | | |
| 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.

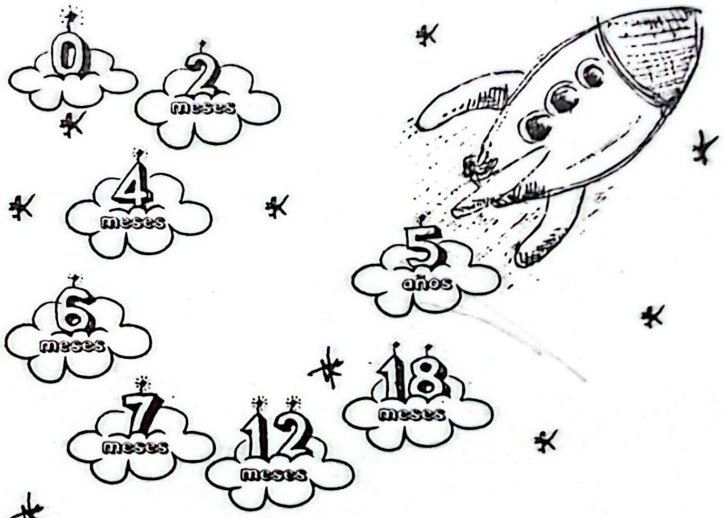
| | |
|---|---|
| Valor reportado TSH: | |
| Fecha verificación: | |
| Profesional que verificó: | |

**Exíjalo**

Vacunar oportunamente con todas las dosis garantiza la protección frente a enfermedades como:

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

# Vacunas al día, se la ponemos fácil

**CARNÉ DE VACUNACIÓN**

Nombre: Antonella Cabrera Ch
Fecha de nacimiento: 2 Julio 2020
Nº de certificado de nacido vivo: 1582396
Registro civil: 1.084.902.066
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: O negativo
Peso al nacer: 2630 gramos
Dirección: U el Tablon
Teléfono: 3213617039
Responsable: Maña Chacon
Municipio de residencia: Oporapa
Departamento: Huila

## Recuerda:

**Estas vacunas son gratuitas**




Powered by CamScanner

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recién Nacido | Lactancia materna exclusiva | Si ☐ No ☐ | | | | | | | | |
| | Tuberculosis B.C.G. | Única | 2 - 7 - 20 | Serum | [illegible] | H. San Antonio | 2 | 9 | [illegible] | Araly Caperu |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 2 - 7 - 20 | Serum | [illegible] | H. San Antonio | 2 | 9 | [illegible] | Araly Caperu |
| 2 Meses | Lactancia materna exclusiva | Si ☐ No ☐ | | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 1° | 11-09-2020 | Sanofi Pasteur | P3V4610 | ESE DMM | | | | Juliana Marin. |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1° | 11-09-2020 | Serum | 2859X025F | ESE DMM | | | | Juliana Marin. |
| | Rotavirus | 1° | 11-09-2020 | Glaxo | ARDLC263BB | ESE DMM | | | | Juliana Marin. |
| | Neumococo | 1° | 11-09-2020 | Glaxo | ASPNB272CA | ESE DMM | | | | Juliana Marin. |
| 4 Meses | Lactancia materna exclusiva | Si ☐ No ☐ | | | | | 06 | 11 | 20 | |
| | Polio (Oral - IM) | 2° | 06 - 11 - 2020 | Sanofi Pasteur | P3N4G1V | ESE DMM | | | | Juliana Marin |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2° | 06-11-2020 | Serum | 2859X025F | ESE DMM | | | | Juliana Marin |
| | Rotavirus | 2° | 06-11-2020 | Glaxo | ARDLC42BAA | ESE DMM | | | | Juliana Marin |
| | Neumococo | 2° | 06-11-2020 | Glaxo | ASPNB272BA | ESE DMM | | | | Juliana Marin |
| 6 Meses | Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva. | | | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 3° | 07-01-2020 | Sanofi Pasteur | T3D891V | ESE DMM | 05 | 01 | 20 | Hayola Tyllo Tyllo |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 3° | 07-01-2020 | Serum | 2850X008E | ESE DMM | | | | Hayola Tyllo Tyllo |
| | Influenza | 1° | 12-07-21 | Sanofi | V3130Z | ESE MCT | Abril | Mayo | -21 | Claudia castillo |
| 7 Meses | Influenza | 2° | 17-08-21 | Sanofi | V3130Z | | | | | Claudia castillo |
| | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | 1° | 12-07-21 | Serum | 0135N135A | ESE MCT | | | | Claudia Castillo |
| | Fiebre Amarilla | 1° | 7-01-22 | Green Cross | T36271U | ESE MCT | | | | Leidy Cordoba |
| 12 Meses | Neumococo | Refuerzo | 12-07-21 | Glaxo | ASPNB3K003 | ESE MCT | | | | Claudia castillo |
| | Influenza | Anual | 07-01-22 | sanofi | V3C13 | ESE MCT | | | | Leidy Cordoba |
| | Hepatitis A | ÚNICA | 12-07-21 | merck | T000998 | ESE MCT | | | | Claudia Castillo |
| 18 Meses | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1° Refuerzo | 07-01-22 | Serom | 2852X009B | ESE MCT | | | | Leidy Cordoba |
| | Polio (Oral - IM) | 1° Refuerzo | 07-01-22 | Serum | 1801P002 | ESE | | | | Leidy Cordoba |
| 5 Años | Polio (Oral - IM) | 2° Refuerzo | 4-07-25 | Biltheven | 242300B | ESE DMM | | | | Yanine Molina |
| | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2° Refuerzo | 4-07-25 | Serum | 2B23X022B | ESE DMM | | | | Yanine Molina |
| | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | Refuerzo | 4-07-25 | Serum | 0133N121A | ESE DMM | | | | Yanine Molina |
| Niñas 9 Años o más | VPH | 1° | | | | | | | | |
| | VPH | 2° | | | | | | | | |
| | VPH | 3° | | | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | Varicela | 1 | 12-07-21 | Merck | 40W741 | ESE MCT | | | | Claudia castillo |
| | Influenza Refuerzo | 2 | 17-08-21 | Serum | 0124W234 | ESE MCT | | | | Claudia castillo |
| | Varicela | R | 4-7-25 | Merck | KUBEEG | ESE DMM | | | | Claudia castillo |

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