


Powered by CamScanner

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

Ciudad Neiva Huila

Nombre completo de la niña o niño Victoria Cabrera Scarpetta

Fecha de nacimiento 10 12 2020 Nº Documento de Identidad 1084902159

Sexo Masculino ○ Femenino ● Fecha de tu 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
Victoria es muy juiciosa le encanta pintar No se sale del espacio del dibujo le encanta. Cuidar a los niños pequeños es muy cariñosa.

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

Segundo Registro Cualitativo Arledis Robles Carvajal

Nombre del observador

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 activa Realiza juegos propuesto por ella cangos compañeros le gusta hacer Rondas por ella misma cuidamucho de sus compañeros más pequeños. le gustapintar saltar, baila, etc.

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 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 La niña es muy juiciosa ayuda a cuidar asus compañeros más quepequeños le gusta bailar, jugar, a las Rondas es muy activa.

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

Fecha de diligenciamiento: 03 02 2025

## INFORMACIÓN DEL USUARIO

Tipo de usuario: (●) Niñola entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

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

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: 1084902159

Fecha nacimiento: 10 12 2020

Nombres: victoria

Apellidos: cabrera

¿Presenta 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? ( ) Si (X) No

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

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

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

## DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL USUARIO

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: Oporapa

Zona: Rural

Barrio:

Vereda: Alto San F

Sector: Rural

Dirección: vereda Alto San Francisco

## INFORMACIÓN 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: 1115427732

Nombres: Marcela

Apellidos: Scarpetta

País de nacimiento: Colombia Oporapa

Fecha nacimiento: 8 08 1995

Correo electrónico: Marcelascarpetta@hotmail.co

Número de celular: 3203827469

Número de fijo:

## VERIFICACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

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

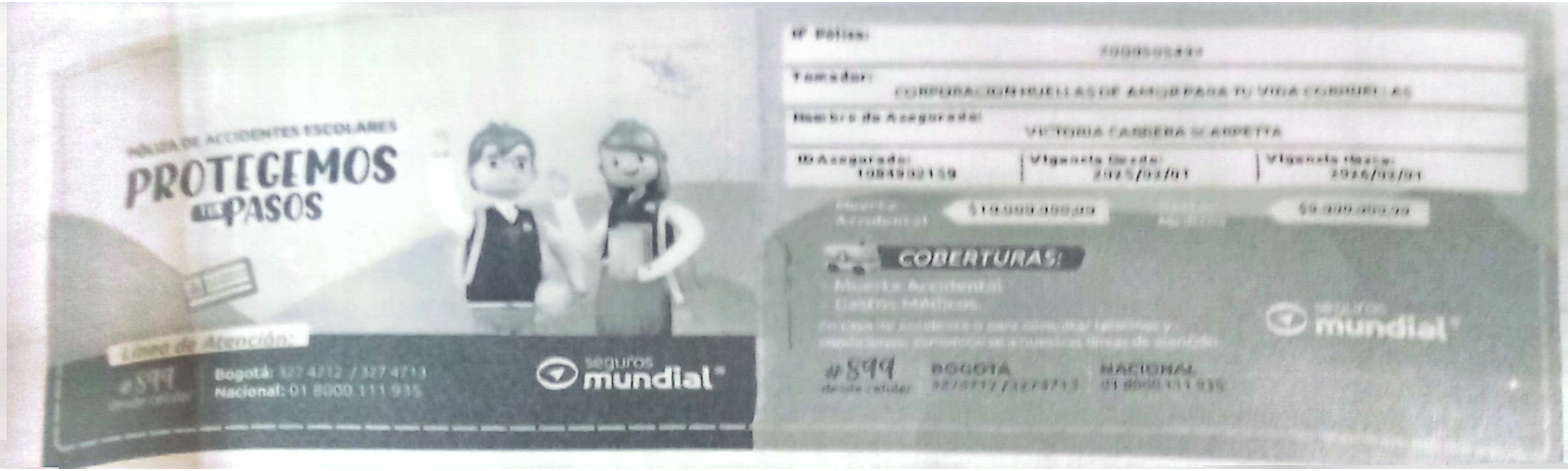
Nombre y Firma del profesional que diligencia: Arleidis Robles C

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


PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES
PROTEGEMOS TUS PASOS
Línea de Atención:
#599
Bogotá: 327 4712 / 327 4713
Nacional: 01 8000 111 935
seguros mundial
Nº Póliza:
Tomador:
Nombre del Asegurado:
VICTORIA CABRERA SCARPETTA
ID Asegurado:
1084902159
Vigencia Desde:
2025/03/01
Vigencia Hasta:
2026/03/01
Muerte Accidental
$19.000.000,00
$9.000.000,00
COBERTURAS:
Muerte Accidental
Gastos Médicos
seguros mundial
#599
BOGOTÁ
NACIONAL

## 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 Marcela Scarpetta G. Identificado con CC 1775423132 Expedida en Toro Acudiente del menor Victoria Cabrera S. Identificado con Registro Civil de Nacimiento Numero 1034902759.

**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.

Marcela Scarpetta G

Firma Usuario y/o Acudiente

Huellas de Amor

Regional Huila

Powered by CamScanner

Republica de Colombia
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
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 Arledis Robles Carvajal 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:

*"Articulo 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): Victoria Cabrera Scarpetta. 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 Febrero del año 2025, en el Municipio de Ocaña.

Marcela Scarpetta Quintero

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



Powered by CamScanner

| | PROCESO<br>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 Valeria Cabrera Scarpetta, identificado (a) con documento de identidad número 1033902159 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, _____, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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 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: Valeria Scarpetta Quintero.
Nombre: Valeria Scarpetta Quintero
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3203827469
Fecha: 3 Febrero 2025
Municipio: Oporapa Huila



Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.084.902.159

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59233813

Oficina de registro - Clase de oficina

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

ADMINISTRATIVA TIS OPORAPA - COLOMBIA - HUILA - OPORAPA

Datos del inscrito

Primer Apellido: CABRERA | Segundo Apellido: SCARPETTA

Nombre(s): VICTORIA

Fecha de nacimiento: Año 2020 Mes DIC Día 10 | Sexo (en letras): FEMENINO | Grupo sanguíneo: O | Factor RH: POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 15017759-8

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: SCARPETTA QUINTERO MARCELA

Documento de Identificación (Clase y número): CC 1.115.423.182 | 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: CABRERA STERLING BERNARDO

Documento de Identificación (Clase y número): CC 1.084.900.140 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CABRERA STERLING BERNARDO

Documento de Identificación (Clase y número): CC 1.084.900.140 | Firma: Bernardo cabreras

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número): | Firma:

Adhesivo Copia Registro Civil 27720780-1

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número): | Firma:

Fecha de Inscripción: Año 2020 Mes DIC Día 15

Nombre y firma del funcionario que autoriza: LIDA YANETH LEON ROJAS - REGISTRA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno: Bernardo cabreras

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

15.DIC.2020 - NO SE TOMA HUELLA PARA NO PONER EN RIESGO COVID-19

ES COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA OFICINA

SE EXPIDE PARA DEMOSTRAR PARENTESCO

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

TOMO ___ FOLIO ___ SERIAL 59233813

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

OPORAPA HUILA FECHA 15 DIC 2020

LIDA YANETH LEON ROJAS
Registradora

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

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 26/06/2025

Ficha: 41503004520300000016B

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

**Nombres:** VICTORIA

**Apellidos:** CABRERA SCARPETTA

**Tipo de documento:** Registro civil

**Número de documento:** 1084902159

**Municipio:** Oporapa

**Departamento:** Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/08/2019

Última actualización ciudadano: 15/12/2020

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 CALDERON

Dirección: Calle 5 No 6 - 79

Teléfono: 3118478898

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

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 | 1084902159 |
| NOMBRES | VICTORIA |
| APELLIDOS | CABRERA SCARPETTA |
| 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 | NUEVA EPS S.A. | SUBSIDIADO | 01/05/2024 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 06/26/2025 13:29:00 | **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 es 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



Powered by CamScanner

# FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

FS 13336838

107909

Responsables de IVA

Resolución DIAN No. 18764061751512 de fecha 18/10/2024

Vigencia 18/10/2026

Fecha y Hora de Generación: 13/01/2025 4:29 PM

Fecha de Validación DIAN 13/01/2025 5:49 PM

Días Facturados: 31

Período Facturado: 5-dic-2024 / 4-ene-2025

Último Pago: 3-dic-2024 / 108750

Condiciones de pago: CREDITO 18 DIAS

**TOTAL A PAGAR: $164,090**

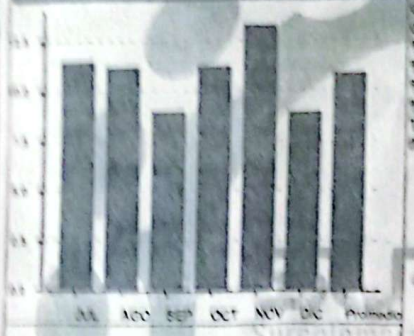
**Pagar antes de: INMEDIATO**

**INMEDIATO**

## TARIFAS DE CONSUMO POR RANGOS

| Rango | Cons. M3 | Vr. M3 | Vr. Parcial |
|---|---|---|---|
| 0.01-7.00 | 7.00 | 13997.02 | 98714 |
| 7.01-9999 | 5.76 | 12870.97 | 48771 |

## CONSUMOS ANTERIORES




Interes por Mora %: 1.6695 %

## COMPONENTES TARIFARIOS

Gm: 4102.32
Tm: 3843.68
TVm: 1087.84
NO: 2.05
Dm: 2.05
UR1720.23
UNR612.58
CUm: 2025.18
UR12870.97
UNR6654.31
Q113997.02
Q213842.44
%S1: 50.61
%S2: 38.33
%Cly6: 20
%OtroRes: 8.9
TRM: 0
IPC: 1

## DESCRIPCIÓN DEL COBRO

| Concepto | Valor | Ahorro | IVA |
|---|---|---|---|
| CONSUMO | 147455 | 105468 | 0 |
| SUBSIDIO | -50157 | -35874 | 0 |
| AJUSTE DECENA | -4 | -4 | 0 |
| INTERES MORA | 1098 | 0 | 0 |

| | |
|---|---|
| TOTAL IVA | 0 |
| TOTAL A PAGAR | $164,090 |

## SALDO CRÉDITO VIGENTES

| CONCEPTO | SALDO CAPITAL ANTERIOR | DESCRIPCIÓN CUOTAS FACTURADAS | | | NUEVO SALDO CAPITAL | CUOTAS PEND. | INT. % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Capital | Int. Fin. | Valor Cuota | | | |

**Mensaje de Importancia** NINGÚN COLABORADOR DE LA EMPRESA ESTÁ AUTORIZADO EN RECIBIR DINERO. POR FAVOR REALIZAR SUS PAGOS SOLO EN LOS PUNTOS DE RECAUDO

Estimado Usuario, es importante que considere lo dispuesto en el artículo 130 de la Ley 142 de 1994 lo cual establece: la responsabilidad solidaria que existe en el pago de las facturas contraídas por alguna de las partes del contrato de prestación de servicios. SURCOLOMBIANA DE GAS S.A E.S.P vela por su seguridad y bienestar, por esta razón le informamos que su próxima REVISIÓN PERIÓDICA VENCE el 2027-09-13. El saldo acumulado CREG 048/20 del mes anterior es $5114087 , su saldo acumulado CREG 048/20 actual es $5111540.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FACTURA ELECTRONICA FS 13336838 | Código 107909 | Período Facturado 5-dic-2024 / 4-ene-2025 | Pagar antes de: INMEDIATO | TOTAL A PAGAR: | $164,090 |

(415)7709998013193(8020)0013336838(3900)0000164090(96)20250209

d79a7116367908f2c1c6e083c9d0ab7513d5f5c7f6f07422c920b3a71b11b5713cfbb4f04b4a910fec50ca789de50266

• USUARIO •

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

• RECAUDADOR •

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.115.423.132

BOLAÑOS QUINTERO

NOMBRE

MARCELA

APELLIDOS

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-JUN-1996

OPORAPA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

24-JUN-2014 TORO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1905100-00080385-F-1115423132-20170201 0053411390A 1 44912507

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

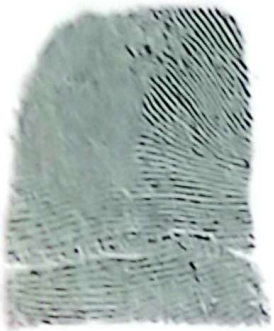
NUMERO 1.084.900.140
CABRERA STERLING

APELLIDOS
BERNARDO

NOMBRES
BernardoCabreras

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-ABR-1995
OPORAPA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.67 | O+ | M |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

26-MAR-2014 OPORAPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1905100-00705652-M-1084900140-20150514 0044142289A 1 42165066

Powered by CamScanner

## SEGUIMIENTOS NUTRICIONALES

UNIDAD DE SERVICIO: **SAN FRANCISCO**

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: **VICTORIA CABRERA**

| TOMA | PESO (Kg) | TALLA (Cm) | ESTADO NUTRICIONAL | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|
| Toma 1 | 15 | 103 | Peso adecuado | |
| Toma 2 | 15.3 | 105 | Riesgo de desnutrición | Activación de ruta |
| Seguimiento | 17.2 | 108 | Peso adecuado | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Laura Daniela Vargas Rojas

**LAURA DANIELA VARGAS ROJAS**
**NUTRICIONISTA DE LA EAS**



Powered by CamScanner

# QUIEN SOY

Nombres y Apellidos: Victoria Cabrera Scarpetta

Fecha de Nacimiento: ____Día 10 mes 12 año 2020

Identificación: 1084907159 T. Sangre: O+

Nombre de mi Mamá: Marcela S. Ocupación: Ama de casa

Nombre de mi Papá: Bernaldo C. Ocupación: Agricultor.

Dirección: Alto San Francisco Tel o Cel.: 3186709129

## DATOS PERSONALES DE REGISTRO DE CRECIMIENTO

**Información de Nacimiento:**

Fecha de Nacimiento: DD_____MM_____AA_____

Recién Nacido: Pretermino____Atermino____Edad Gestional_____

Embarzo: Único____Múltiple____ No. de Gestaciones _____

Lugar que ocupa entre los hermanos_____

Peso ___ Grs Talla___cms Perímetro Cefálico ____cms

Tiene Hermano Menor: Si____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

2023 · JUNIO 14 2:30 PM

2023 Diciembre.

2023 Diciembre 26 2:30 PM

2023 Diciembre 16 7:40 AM

2025 Enero 16 9:40 AM Enf.

2026 Enero.




## CITAS PROGRAMADAS

| AÑO | MES | DIA | HORA | Cumplio SI | Cumplio NO |
|---|---|---|---|---|---|
| 2021 | Enero | 15 | 05:12 pm | ✓ | |
| 2021 | Febrero | 11 | 7:20 Enf | ✓ | |
| 2021 | abril | 21 | 9:20 | MD. | |
| 2021 | Junio | 23 | 9:00 | Enf. ✓ | |
| 2021 | Sept. | 23 | 9:00 | Enf. | ✓ Cxdek |
| 2021 | Septiembre | 25 | 10:00 | ✓ | Cxdek |
| 2022 | Marzo | 25 | 8:40 | Cx Medico | |
| 2022. | Julio | 27 | 4:00 | Enf. Cx | |
| 2022 | Noviembre | | | | |



Powered by CamScanner

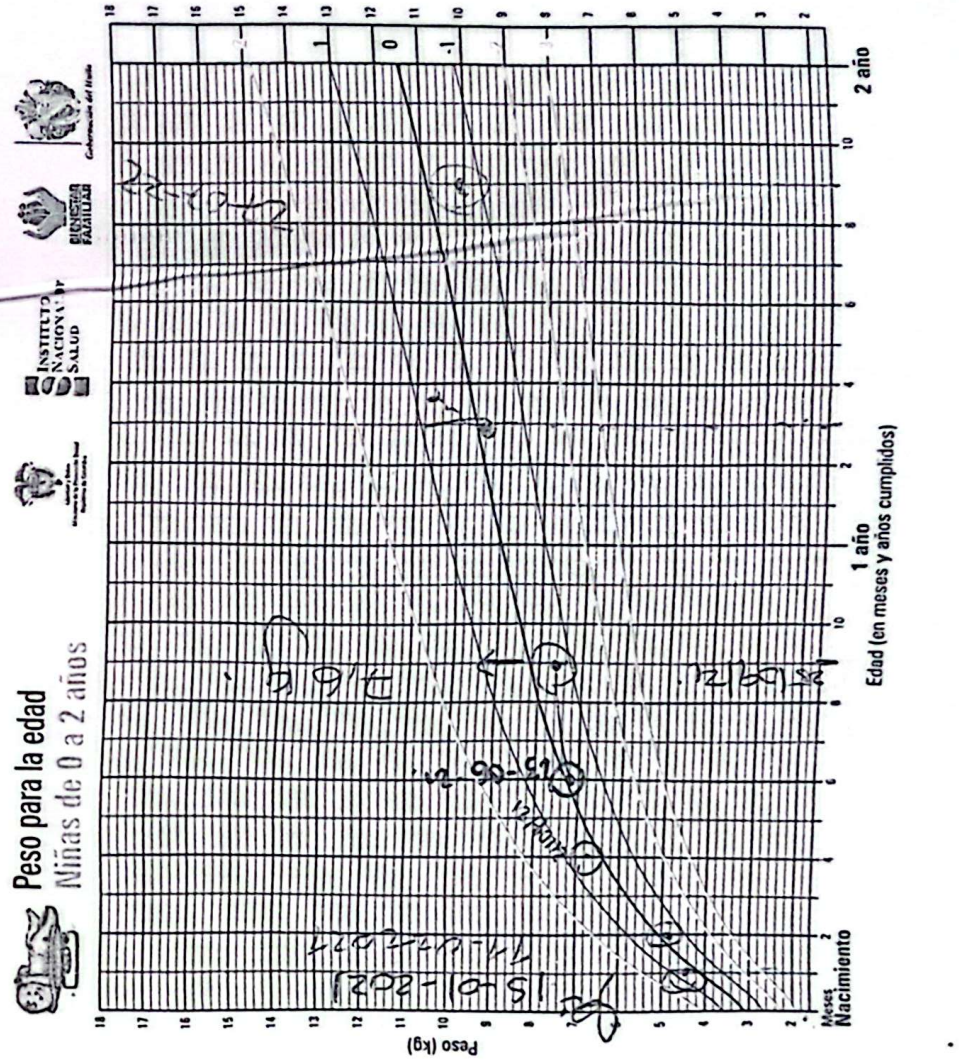
jugando cuando imitas sonidos de animales, haces gestos: cuando tomas un juguete y lo escondes y lo apareces nuevamente.

- 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 confianza en sí misma y contará con desarrollo biológico, psicológico y social armónico.

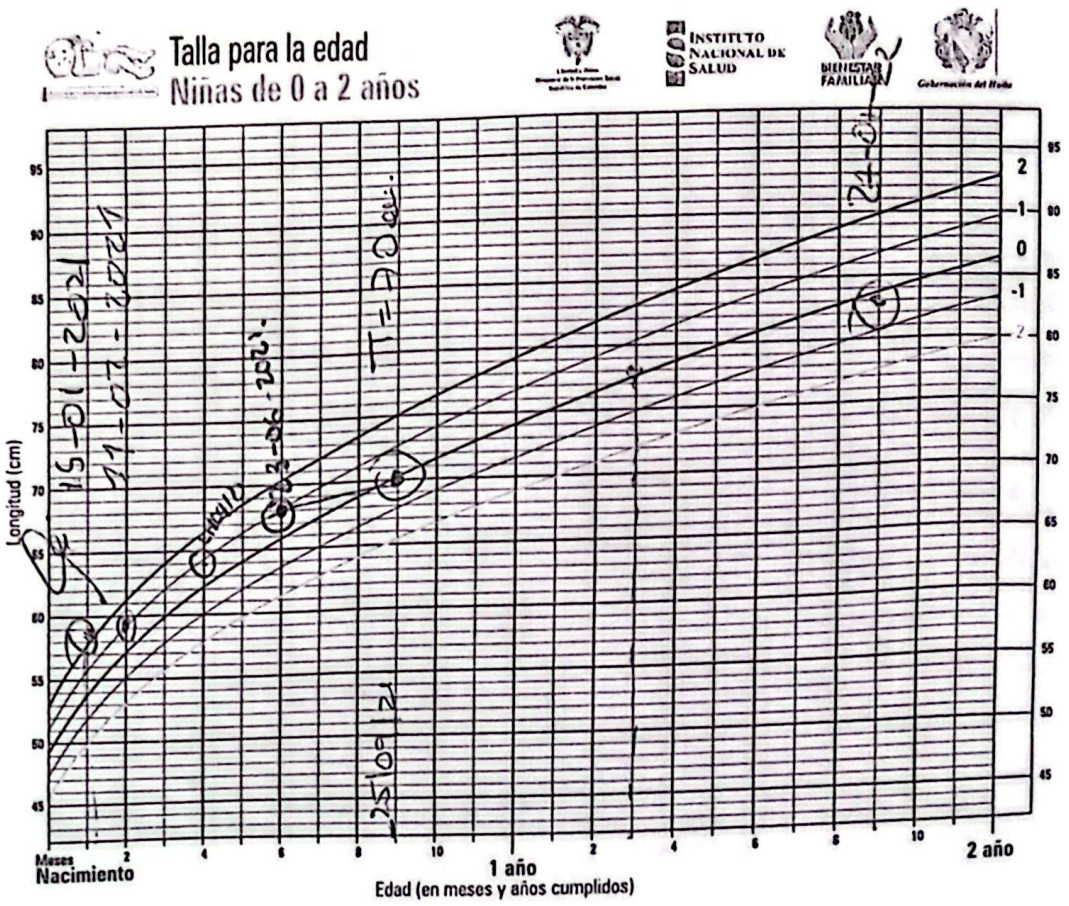
## FORMULARIO DE REGISTRO

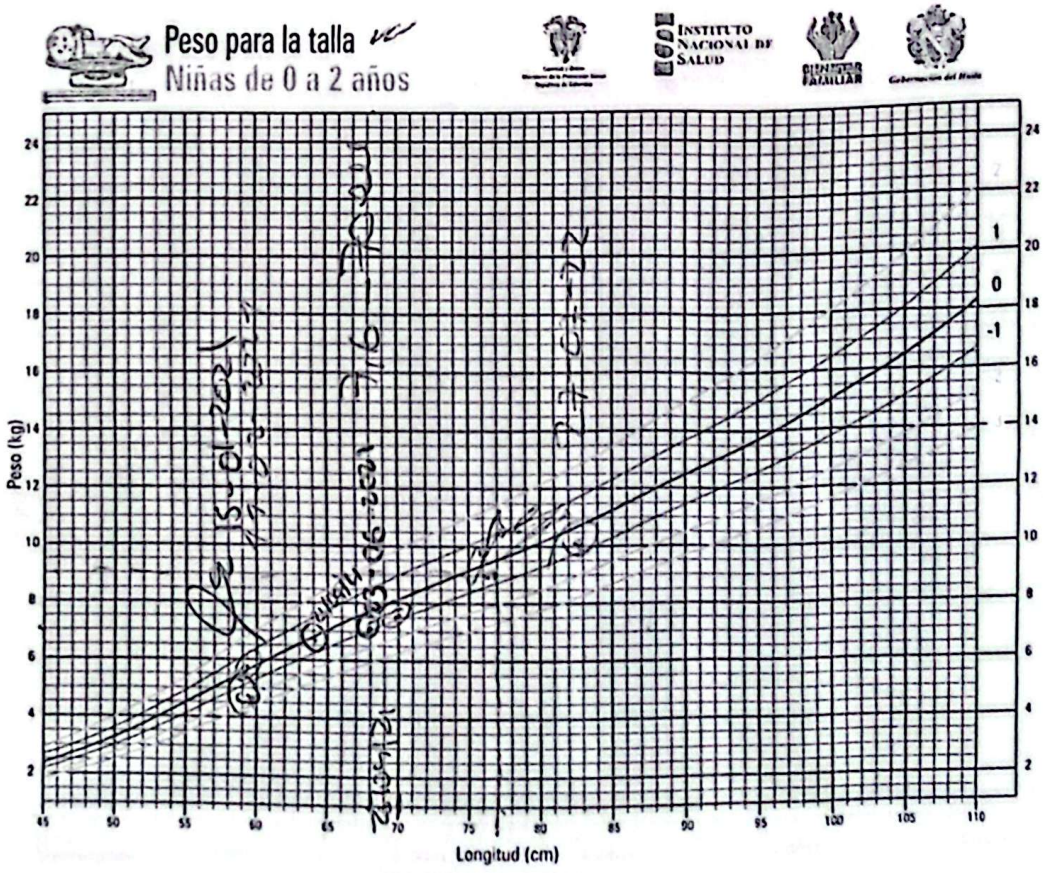
| Fecha de Toma de Medida | Edad en años y meses | Peso en Kilogramos | Talla en Centimetros | Evaluación |
|---|---|---|---|---|
| 15-01-2021 | 36 días | 4,250gr | 60cm | PB 13. PC 38 |
| 11-2-21. | 2 meses | 4.9gr. | 59cm. | PB 11 PC 38 |
| 21/04/21 | 4 meses | 6.7 Kg | 64 cm | 125 41 |
| 23/06-21 | 6 meses | 7.1kg | 68cm | PB: 19 PC: 43 |
| 25/09/21 | 9 meses | 7,8kg | 70cm. | PC 44cm PB: 14 |
| 25/03/2022 | 15 m | 9,3 | 77 | 45 |
| 27-07-22 | 19 meses | 10m | 83 | PC 46 PB 15 |
| 29-01-23 | 2 años, 9 meses | 11kg | 85,5cm | PC. 46cm PB: 14,5 |
| 14-6-23 | 30 meses | 11,5kg. | 91,5cm | 47cm PB 14. |
| 16/12/23 | 36 meses | 12,7 | 95cm | 48cm |
| 16-1-25 | 4 años | 15.3 | 103cm. | 50 cm. |




Powered by CamScanner

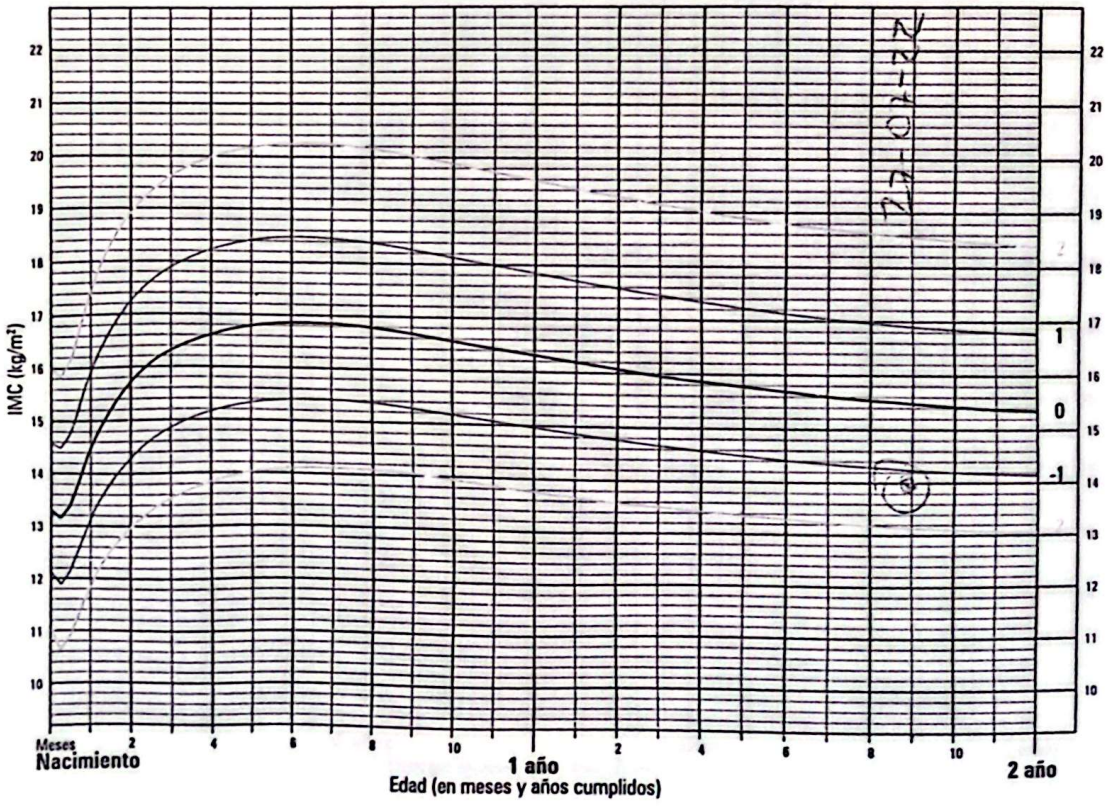
Powered by CamScanner



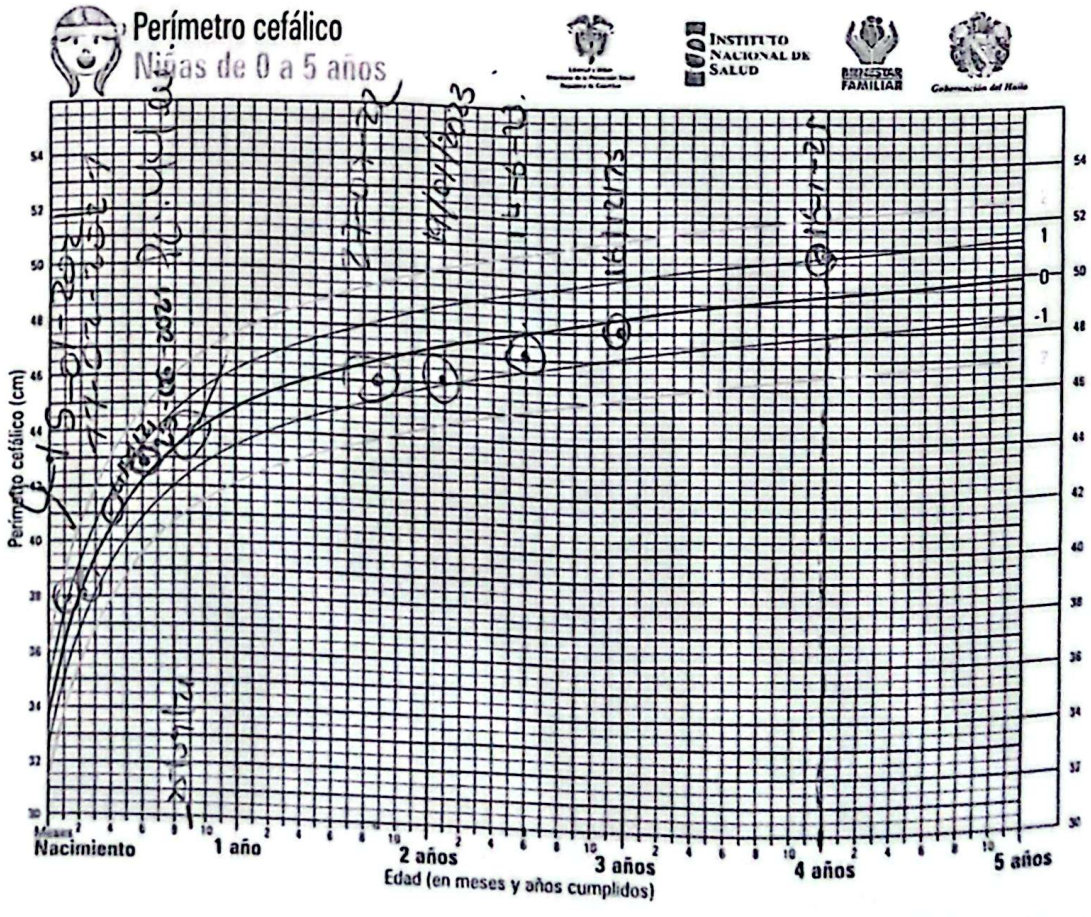



Powered by CamScanner

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

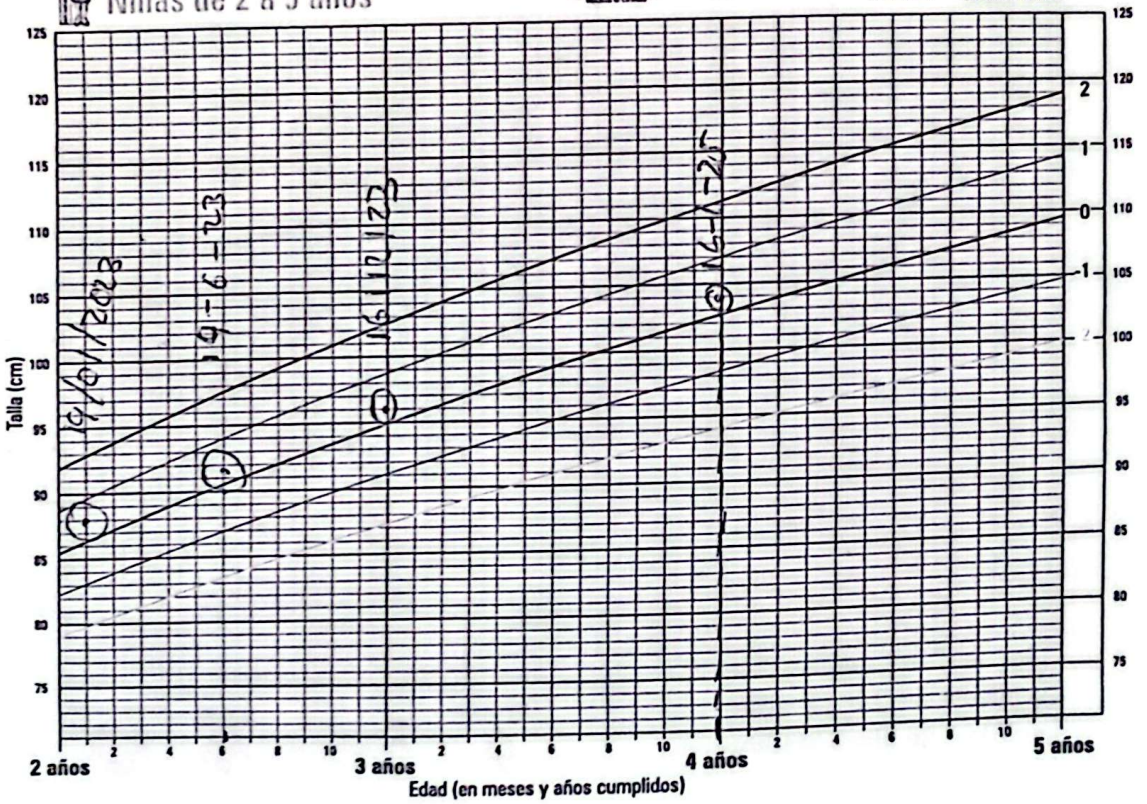



## Perímetro cefálico
### Niñas de 0 a 5 años

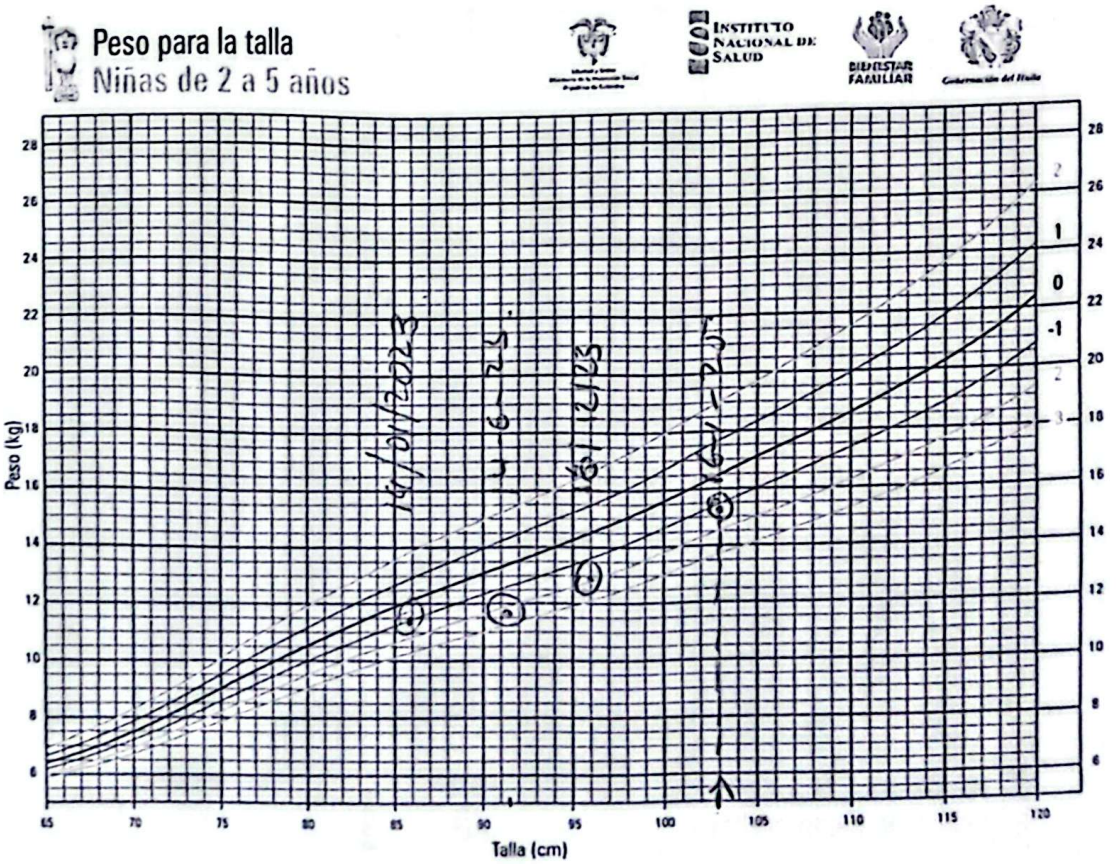


Powered by CamScanner

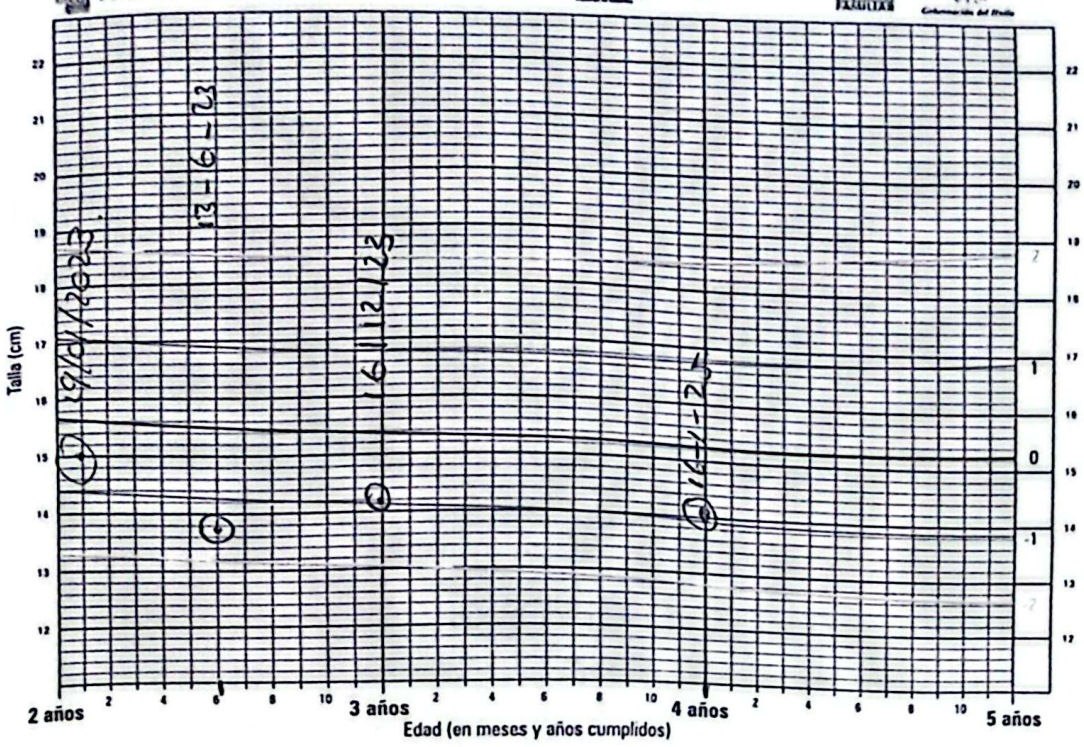
## Talla para la edad
### Niñas de 2 a 5 años



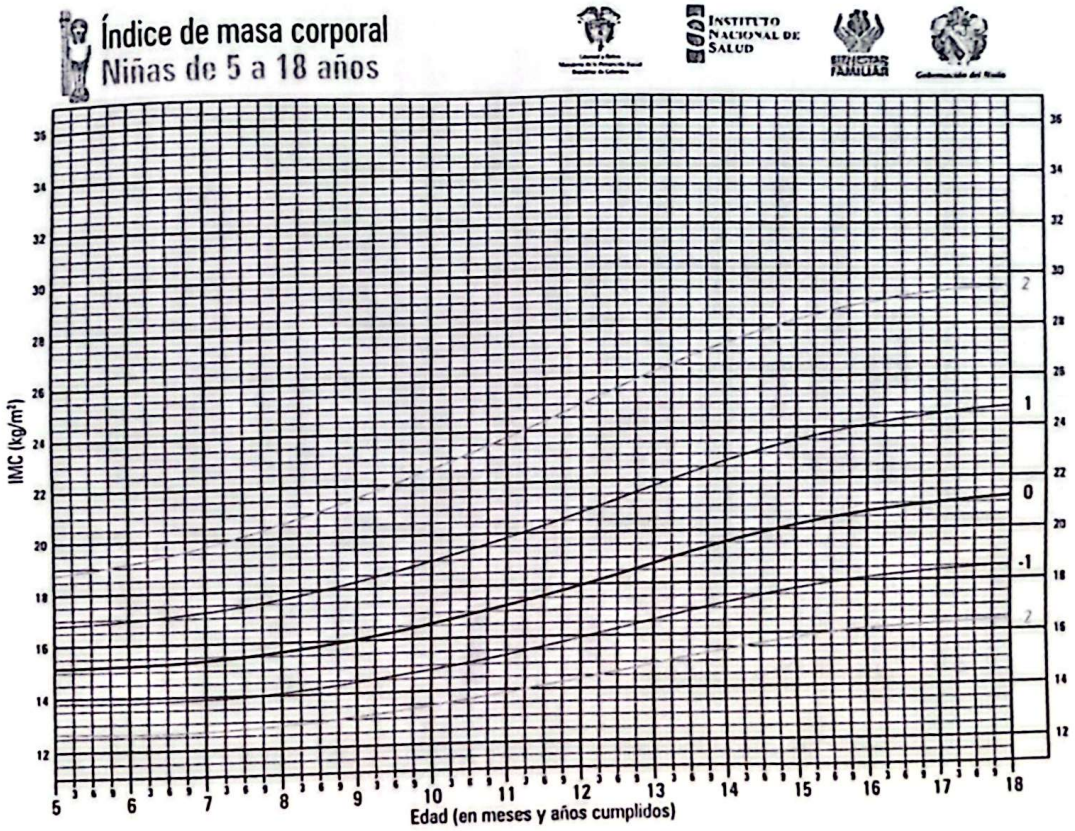

## Peso para la talla
### Niñas de 2 a 5 años



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




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




Powered by CamScanner

| Edad | Me protege de | Dosis | Fecha de Aplicación Día Mes Año | Laboratorio | Número de lote | IPS vacunadora | Fecha próxima cita Día Mes Año | Nombre del Vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Reclén Nacido | Lactancia materna exclusiva SÍ ☐ No ☐ | | | | | | | Adrian Ortiz Rojas Aux. Enfermería Resolución 1... |
| | Tuberculosis B.C.G. | Única | 10-12-20 | Serum. | D3786169 | E.S.E Dmm | | |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 10-12-20 | Serum | C32EX0070. | E.S.E Dmm | | |
| 2 Meses | Lactancia materna exclusiva SÍ ☐ No ☐ | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 1ª | 10-02-21 | SanofiPaster | T3D8F11V | | | |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1ª | 10-02-21 | Serum | 2850X008C | ESE DAVID MOLINA MUÑOZ | | Hayda Trujillo Trujillo |
| | Rotavirus | 1ª | 10-02-21 | Glaxo | AROLC765AA | | | |
| | Neumococo | 1ª | 10-02-21 | Glaxo | ASPN828E1A | | | |
| 4 Meses | Lactancia materna exclusiva SÍ ☐ No ☐ | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 2ª | 10-04-21 | SanofiPaster | T3DE[illegible]V | | [illegible] 04 [illegible] | |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2ª | 10-04-21 | Serum | 2850X008D | ESE DAVID MOLINA MUÑOZ | 10 04 21 | Hayda Trujillo Trujillo |
| | Rotavirus | 2ª | 10-04-21 | Glaxo | AROLC765AA | | | |
| | Neumococo | 2ª | 10-04-21 | Glaxo | ASPN828E1A | | | |
| 6 Meses | Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva. | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 3ª | 11-06-21 | Bithoven | 2017004A | ESE DMM | 10 06 21 | Hayda Trujillo Trujillo |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 3ª | 11-06-21 | Serum | 2850X018D | ESE DMM | | Hayda Trujillo Trujillo |
| | Influenza | 1ª | 26-6-21 | Sanofi | V3B877V | ESE DM | | Hayda Trujillo |
| 7 Meses | Influenza | 2ª | 27-07-21 | SanofiPaster | V3B877V | ESE DMM | 27-7-21 | Hayda. Trujillo Trujillo |
| 12 Meses | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | 1ª | 10-12-21 | Serum | 0130N128A | ESE DMM | | Hayda Trujillo Trujillo |
| | Fiebre Amarilla | 1ª | 05-08-21 | SanofiPaster | V3E37 | ESE DMM | 10 06 2022 | Hayda Trujillo Trujillo |
| | Neumococo | Refuerzo | 10-12-21 | Glaxo | ASPN838TBA | ESE DMM | | Hayda Trujillo Trujillo |
| | Influenza | Anual | 17-05-22 | Sanofi Pastr | V3D22200B | ESE DMM | | Hayda Trujillo Trujillo |
| | Hepatitis A | ÚNICA | 10-12-21 | Merck. | U0019226. | ESE DMM | | Hayda Trujillo Trujillo |
| 18 Meses | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1ª Refuerzo | 15-07-22 | Serum | 2821Q012B | ESE DMM | | Hayda Trujillo Trujillo |
| | Polio (Oral - IM) | 1ª Refuerzo | 15-07-22 | Serum Bith | 2121004 | ESE DMM | | Hayda Trujillo Trujillo |
| 5 Años | Polio (Oral - IM) | 2ª Refuerzo | | | | | | |
| | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2ª Refuerzo | | | | | | |
| | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | Refuerzo | 25-07-23 | Serum | 0131N107A | ESE DMM | | Hayda Trujillo Trujillo |
| Niñas 9 Años o más | VPH | 1ª | | | | | | |
| | VPH | 2ª | | | | | | |
| | VPH | 3ª | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | (Primera). Varicela. | Primera | 10-12-21 | Merck. | U0067722 | ESE DMM. | | Hayda Trujillo Trujillo |
| | Sarampión Rubeola. | Adicional | 15-07-22 | Serum. | 0127N052 | ESE DMM | | Hayda Trujillo Trujillo |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

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 | | | |
| 7 a 9 meses | | | |
| 10 a 12 meses | | | |
| 13 a 16 meses | | | |
| 17 a 20 meses | | | |
| 21 a 24 meses | | | |
| 25 a 30 meses | | | |
| 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 | |

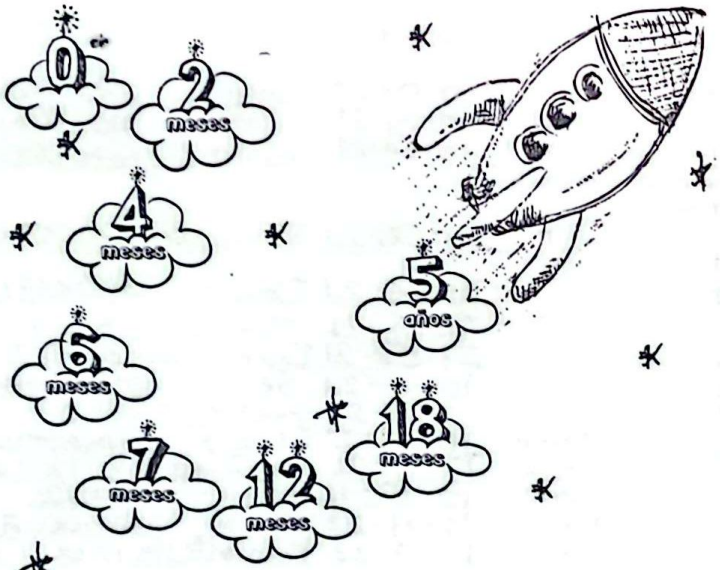
En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

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

**Exíjalo**

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

Ministerio de Salud y Protección Social

# Vacunas al día, se la ponemos fácil

## CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Victoria Cabrera Sarratta.
Fecha de nacimiento: 10-12-2020.
Nº de certificado de nacido vivo: 458777538
Registro civil: 1084902159.
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3.090 Gr.
Dirección: Vda. Alto San Francisco
Teléfono: 3186709129
Responsable:
Municipio de residencia: Oporapa
Departamento: Huila.

## Recuerda:

**Estas vacunas son gratuitas**



**PROSPERIDAD PARA TODOS**

Powered by CamScanner