Huellas de Amor
Para Tu Vida



CONTENIDO CARPETA INDIVIDUAL

- fotografía del usuario
- EVCDI-R
- póliza
- Ley de protección de datos
- Acta de compromiso de padres.
- Autorización uso de imagen
- Fotocopia de registro civil (legible, sin tachones ni enmendaduras).
- Criterio de focalización. (sisben, certificado desplazado o indígena etc) actualizado 2025.
- Acta de visita domiciliaria (cuando aplique).
- Certificado de afiliación al SSGSS (certificado adres) actualizado cada 3 meses 2025
- Fotocopia de recibo publico
- Fotocopias identificaciones de acudientes.
- Fotocopia de control de crecimiento y desarrollo.
- Fotocopia del esquema de vacunación.



PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad Oporapa

Nombre completo de la niña o niño Isabel Sofia Muñoz Mazabel

Fecha de nacimiento 08 01 2023 **N° Documento de Identidad** 1.084.902.592

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Alba luz zuñiga scarpetta.

Fecha de registro cualitativo Día Mes Año

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 disfruta de la compañia de sus compañeros y cuidadora participa de las rondas y juegos de roles puede jugar sin nesecidad de tener los objetos necesarios juega a comer, dormir etc.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Alba luz zuniga

Fecha de registro cualitativo 4 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 comenzo a expresarse con mas claridad realizo contvol de esfinteres realiza garabatos en el papel escoje los objetos de su preferencia dentro de las actividades le gusta participar de las actividades.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Alba luz zuñiga

Fecha de resgistro cualitativo 5 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 le gusta realizar actividades de exploración del medio ha culminado su proseso de control de efinteres juega sin tener los objetos necesarios usando la imaginación

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

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	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	11 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	15 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

seguros mundial®

Accidentes personales

Protegemos tus pasos



Línea de atención

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

Conoce nuestra **red médica**

Página web:
www.segurosmundial.com.co

Nº Póliza: 2000505434

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: ISABEL SOFIA MUÑOZ MAZABEL

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1084902592	2025/02/01	2026/02/01

Muerte Accidental $10.000.000,00

Gastos Médicos $9.000.000,00

En caso de accidente comunícate a nuestra línea **018000112684.**
Para más información acerca de la póliza comunícate a nuestras líneas:

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

www.segurosmundial.com.co

Fecha de diligenciamiento: 30 | 01 | 2025

INFORMACIÓN DEL USUARIO

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

Tipo de vinculación: (X) Usuario de nuevo ingreso ( ) 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: 1.084.902.592

Fecha nacimiento: 08 | 01 | 2023

Nombres: Isabel Sofia

Apellidos: Muñoz Mazabel

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 ( ) 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:

Sector:

Dirección: Vereda El Tablon

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: 1.004.492.869

Nombres: Kimberly Ried

Apellidos: Mazabel Bolaños

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 10 | 03 | 2002

Correo electrónico:

Número de celular: 320 2136625

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

...iza el registro en sistema?: ( ) Si ( ) No

https://prematricula.icbf.gov.co

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

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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 Kinvelly Yired Mazabel Bolaños Identificado con CC 1.004.492. 869 Expedida en Popayan Acudiente del menor Isabel Sofia Muñoz Mazabel Identificado con Registro Civil de Nacimiento Numero 1.084.902 592

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.

Kinvelly Yired Mazabel B.
Firma Usuario y/o Acudiente

Huellas de Amor
Para Tu Vida

República de Colombia
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Cecilia De la Fuente de Lleras
Regional Huila
Centro Zonal Pitalito

BIENESTAR FAMILIAR

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ACTA DE COMPROMISO PARA PADRES DE FAMILIA MODALIDAD HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR VIGENCIA 2025

En mi calidad de padre (madre) de familia, usuario(a) del servicio prestado por el ICBF en el Hogar Comunitario de Bienestar Mis Travesuras en el cual labora la Madre Comunitaria Alba Luz Zuñiga Sarmiento 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): Isabel Sofia Muñoz Mazabel. 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).

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.

Kiverly Lired Mazabel Bolaños.

Nombre y Firma del Padre (Madre) de Familia

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Isabel Sofia Muñoz Mazabel, identificado (a) con documento de identidad número 1084902592, 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, Kinverly Yired Mazabel Bolaños, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004492869, 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 comunitario

Suscriben:

Firma: Kinverly Yired Mazabel Bolaños.
Nombre: Kinverly Yired Mazabel Bolaños
Calidad - Titular: X Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3202136625.
Fecha: 3 de febrero 2025
Municipio: Oporapa

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 6045490

NUIP 1.084.902.592...

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X ☐

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

MUÑOZ MAZABEL ISABEL SOFIA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2023	Mes ENE	Día 08	FEMENINO O	+

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

COLOMBIA HUILA PITALITO

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2023	Mes ENE	Día 31	0059254134

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

MAZABEL BOLAÑOS KINVERLY YIRED

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.004.492.869	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

MUÑOZ ROMERO YAN CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.083.865.267	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

MAZABEL BOLAÑOS KINVERLY YIRED

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.004.492.869

Adhesivo Copia Registro Civil 32872888-6

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA HUILA OPORAPA | Código: 1 2 8

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2023 Mes ENE Día 31

Nombre y firma del funcionario

LIDA YANETH LEON ROJAS

Lida Yaneth León Rojas
Registradora Municipal

Registrador del Estado Civil

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 01/07/2025

Ficha: 41503006520700000172

A4

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ISABEL SOFIA

Apellidos: MUÑOZ MAZABEL

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1084902592

Municipio: Oporapa

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/08/2019

Última actualización ciudadano: 31/01/2023

Última actualización via registros administrativos: 16/03/2024

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 Ni pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: JHON JANIER SCARPETTA CALDERON

Dirección: Calle 5 No 6 - 79

Teléfono: 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 Evaluación de la Educación
- ICETEX
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario

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	1084902592
NOMBRES	ISABEL SOFIA
APELLIDOS	MUÑOZ MAZABEL
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:	07/01/2025 14:11:58	**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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit 891 180 008-1

SU CODIGO CUENTA NIU
931525009
Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohuila.com.co FT -CFE -05 -001

AUTORETENEDORES DE RENTA RESOL. No 647/2002 DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART. 4 RESOL 000055 DEL 14/07/16 DIAN GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 01/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

FACTURA DE VENTA No. 84698629

TOTAL A PAGAR
$ 37.230

Documento equivalente según articulo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 27/ENE/2025

FECHAS DE LECTURAS: 06/NOV/2024 — 07/ENE/2025
FECHA SUSPENSIÓN: 29/ENE/2025

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	YOLANDA BOLA?OS MURCIA	Nit CC	55194664
Dirección	VDA EL TABLON	Ruta	25030240297
Municipio	OPORAPA	Ciclo	064
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

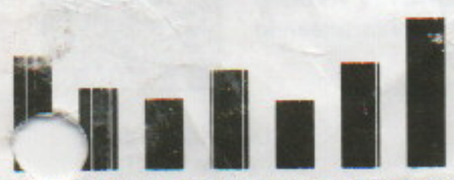
Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	8680040
Carga Contratada	0	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
18167633	HIK	A	S	00	4785	4692	1	93

Promedio Cuenta 77 — Consumo Año Anterior 110 — Consumo Anterior 110

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
DIC	93
OCT	77
AGO	71
JUN	85
ABR	69
FEB	88
DIC	110

CALIDAD DEL SERVICIO

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

ULTIMO PAGO

Fecha 19/11/2024
Valor $ 27610

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
46.5	982.574 =	45690
46.5	982.5245 =	45687

CONSUMO PERIODO

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

Valor Total Energia del Periodo	$ 91.377
Valor (Subsidio/Contribución %)	$ - 53.038
Valor Total Energia Facturado	$ 38.339

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO PERIODO	$ 91.377
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 1.300
AJUSTE DECENA	$ - 3
COMPENSACIÓN CALIDAD INDIVIDUAL	$ - 2.406
SUBSIDIO	$ - 53.038

OTROS CARGOS	$ 0
ALUMBRADO P	$ 1.300
VALOR ELECTROHUILA	$ 35.930

TOTAL A PAGAR
$ 37.230

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

POES: Consumo Kwh — $Kwh — Valor $ — No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 413.0 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

BALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

En caso de mora la tasa de interes está establecida en 0,5%

BANCOS: AV Villas Neiva, Corresponsales Bancarios - Coomeva Neiva, Colpatria Neiva,* Occidente Neiva-Sairе-Pitalito, **Corresponsales Bancarios** -Popular Neiva-Pitalito BBVA Neiva-Garzón-Pitalito, BCSC Caja Social Neiva-Garzón Davivienda Neiva-**Corresponsales Bancarios** palermo-Garzón-La Plata-Pitalito Bancolombia, Cooperativas COPEAIPE Aipe, Credifuturo Garzón-La Plata-Pitalito CONFIE Algeciras-Garzón-Gigante-La Plata-Pitalito, UTRAHUILCA* NEIVA-San María- Baraya-Garzón-La Plata-Tesalia-Pitalito-Timaná-San Agustín. **Otros punt** AP Nacionales SLI CHANCE Todos los Municipios MEDIO ELECTRÓNIC

Circuito: Número de la red o tramo de red eléctrica que sale de una subestación, de un transformador de distribución o de otra red y suministra energía eléctrica a un área geográfica específica. Nodo : Número de punto de donde se conectan varios elementos del sistema Transformador: Número de trasformador DIUG:Duración máxima anual en horas de eventos que deben recibir los usuarios DIU: Duración total acumulada en horas de eventos percibidos
FIUG: Duración máxima anual en eventos que deben recibir los usuarios DIU: Número total acumulado de eventos percibidos HC: Horas compensadas VC: Valor a compensar Dt: Cargo de Distribución del nivel de tensión del Operador de red Operador de Red: **Electrohuila S.A. E.S.P**

Impreso por Edigrafikas S.A.S. NIT: 860208

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.492.869**

MAZABEL BOLAÑOS

APELLIDOS

KINVERLY YIRED

NOMBRES

Kinverly Yired Mazabel B.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **10-MAR-2002**

OPORAPA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

17-JUN-2020 OPORAPA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

'DICE DERECHO

P-1905100-01152405-F-1004492869-20200813 **0071**451549A 1 53225656

CARNÉ DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL MENOR DE 10 AÑOS

Nombre: Isabel Sofia Muñoz Mazuel

Fecha Nacimiento: 08/01/2023

Registro Civil: 1084902592

Dirección: Vereda el Tablon

Teléfono: 3105612742

Responsable: Kimberly yireth Zamudio Mazuel.

EPS: Coosalud

Tipo de Sangre: O RH+

Peso al Nacer: 2830 g

Talla al Nacer: 45 cm



CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	NOMBRE DE QUIEN ATENDIÓ
10.	02	23	3.PM	X. Medico
14	03	23	9.30	x Enf.
23	MAYO	23	10:00	x Medico = Wilmer Benavid
23	Agosto	-02	10 AM	x. Ef.
23	Diciemb:			x. EFM
23	Noviembre	28	10 AM	Ciudado:
24	Febrero	-04	11	MD
25	Enero			
14	03	25	10:30 AM	MD Anu MTP
	09	25		Jefa Enfermeria

Peso para la talla
Niñas de 0 a 2 años

Peso (kg)

PESO 9,2 kg
EDAD 1 mes 7 días

Longitud (cm) 55 cm 10.200

17/02/2023
14-3/23
23/05/23
2-8/23
28-11/23
07-08-2023
14/07/24
14/03/2025

Referencia OMS para la evaluación antropométrica — Convergencia Mundial de Normas 2006 - 2007

Talla para la edad
Niñas de 0 a 2 años

Longitud (cm)

Meses Nacimiento
TALLA 54
EDAD 1 mes 2.5-7

15/02/2023
14-3/23
23/05/23
02-8/23
28-11/23
08-02-2024
14/03/2025

Edad (en meses) 1 año 2 años cumplidos

Referencia OMS para la evaluación antropométrica — Convergencia Mundial de Normas 2006 - 2007

Peso (kg)

6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32

PESO TALLA

65 70 75 80 85 90 95 100 105 110 115 120

-3 -2 -1 0 1 2 3

6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30 32

Peso para la talla
Niñas de 2 a 5 años

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

BIENESTAR FAMILIAR

Perímetro cefálico (cm)

Meses Nacimiento 1 año 2 años 3 años 4 años 5 años

Edad (en meses y años cumplidos)

-2 -1 0 1 2

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

Perímetro Cefálico
Niñas de 2 a 5 años

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

BIENESTAR FAMILIAR

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO									
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado					
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado					
	Cardipopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado					
	Visual	Normal		Alterado					
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA									

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega						
2.ª entrega						
3.ª entrega						
4.ª entrega						
5.ª entrega						

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

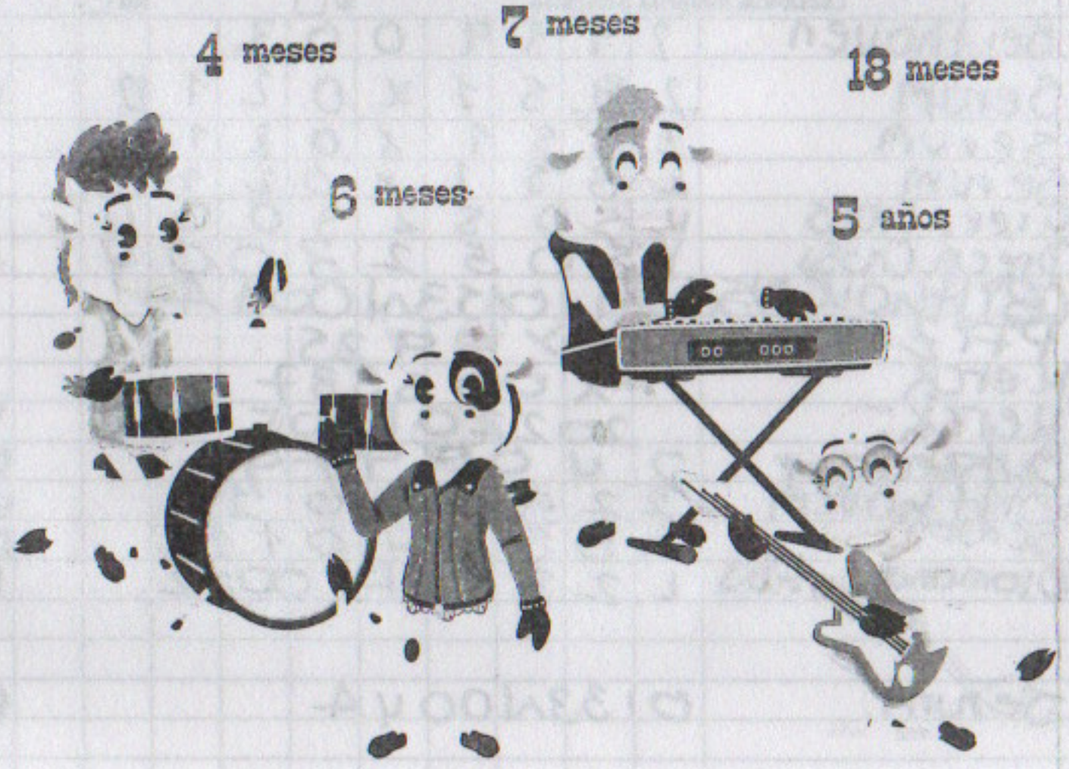
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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



Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Isabel Sofía Muñoz Mazabel

Fecha de nacimiento: 08 ENERO 2023

Nº de certificado de nacido vivo: 2301501028 31843

Registro civil: 1084902592

Sexo: Femenina

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 2830 gr. Talla: 48cm.

Dirección: V. El Tablan.

Teléfono 1: 320 2136625

Teléfono 2:

Responsable: Kinverly Yired Mazabel B.

Municipio de residencia: Oporapa

Departamento: Huila

cc: 1004492869

Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: **Tipo identificación:** **No. ID:**

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	08	01	23	SERUM	037141A0 3 1	H. San Antonio	—	—	—	Magali Muñoz
	Hepatitis B	Recién nacido	08	01	23	SERUM	032100 1 8 B	H San Antonio	08	03	23	DEICY PEÑA
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1.ª				Balthoven	2139003.					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª				Serum		ESE DAVID MOLINA MUNOZ				Magda 17/MO 17/MO
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª					2851X021D.					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	11	Mar	2023	Glaxo	AR0L0059AB.					
	Diarrea por rotavirus	1.ª				Pfizer	FR4395					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª										
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2.ª				Balthoven	2139003					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	11					ESE DAVID MOLINA MUÑOZ				Magaly GOMEZ DIAZ
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª		Mayo	de	Serum.	2851X021N					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª			2023	Glaxo	AR0L0059AB		21	Mayo	2023	
	Diarrea por rotavirus	2.ª				Pfizer	7R4395					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª										
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	14	07	23.	Beithoven	2139003.	ESE				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	14	07	23	Serum	2851X021D	DAVID MOLINA				Brillith MOHA.
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	14	07	23.	Serum	2851X021D	MUÑOZ				
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	14	07	23.	Serum	2851X021D					
	Influenza estacional	1.ª	14	07	23.	GreenCross	V5052300 4	ESE DMM				Magda. Yulis Yulis
7 meses	Influenza estacional	2.ª	23	08	23	GreenCross	V5052300 4	ESE DMM				Magda. Yulis Yulis
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª				Beithoven Serum	0133N001A	ESE DAVID MOLINA MUÑOZ				Magda. Yulis Yulis
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	6	Enero		Pfizer	FY9925					
	Varicela	2.ª		2024		Merck	X006587					
	Hepatitis A	Única				Merck	20220100 5		09	01	23	
	Influenza estacional	Anual	02	05	2024	Butantan	2400979	ESE DMM	Abril-Mayo		2024	NAGOLA TEJUELO
18 meses	Poliomielitis (VIP X VOPb ☐)	1.er refuerzo	26	Julio		Beithoven	2233506 1	ESE DMM				NAGOLA TEJUELO
	Difteria, tosferina y tétano (DPT) Anto	1.er refuerzo			2024	Serum	2832401 1E	ESE DMM				NAGOLA TEJUELO
	Fiebre amarilla	Única				Biomanguinhos	L231VEC0052.	ESE DMM	19	07	2024	NAGOLA TEJUELO
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	26	07	2024	Serum.	0133N004A	ESE DMM				NAGOLA TEJUELO
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis	Sarampión Rebeca A,		23	02	2024	Serum	0122W108	ESE DMM	16	02	2024	Magda Tejuelo T

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.