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.

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRICULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	F2.MT1.PP | 24/01/2025 Versión 1 | Página 2 de 2 Clasificación de la información: Pública

Fecha de diligenciamiento: | | |

INFORMACIÓN DEL USUARIO

Tipo de usuario: (●) Niño/a entre 0 y menor de 3 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: 1.081.734.739

Fecha nacimiento: 21 | 08 | 2020

Nombres: Dilan Andres

Apellidos: Cordoba A

Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

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

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

Cuales aplican: ( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Multiple ( ) Sordoceguera (●) N/A

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

Indique cuales aplican: ( ) Migrante ( ) Campesinado ( ) Firmante de paz ( ) Victima del conflictu armado

DIRECCION DE RESIDENCIA DEL USUARIO

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: Siblano

Zona: Rural

Barrio:

Vereda:

Sector:

Dirección:

INFORMACION DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (●) 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: 1.081.730.915

Nombres: Ana Dulfay

Apellidos: Acosta M

Pais de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 28 | 02 | 1992

Correo electrónico:

Número de celular: 313 805 8431

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o acudiente: Ana Dulfay Acosta M.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: H. Genoveva Pena Hoyos

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

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

Ciudad

Nombre completo de la niña o niño Dilan Andres Cordoba Acosta

Fecha de nacimiento 12 - 08 - 2020 N° Documento de Identidad 1001.734.739

Sexo Masculino ☒ Femenino ○ Fecha de hoy día de atención en el año 3 - 05 - 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador H. Genoveva Peña-H

Fecha de registro cualitativo 7-05-2025

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

Dilan es un niño que desarrolla muy bien las dimenciones. como Jugar compartir 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

Fecha de registro cualitativo María Genoveva peña M 5 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

Dilan es un niño muy activo le gusta compartir con sus compañeros en Juego en las actividades...

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador María Genoveva Peña

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

Dilan es un niño muy compañerista y muy amigable nunca pelea con sus compañeros y es muy sociable

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

Powered by CamScanner

Valoración Cualitativa ⇨	Relación con los demás									Relación consigo misma/o										Relación con el mundo								
	Comunicación			Interacción					Construcción de normas			Identidad			Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social											
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	①	①	①	①	①	①	⑤	⑤	⑤	⑧	⑧	⑧	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑮	⑯	⑰	⑲	⑳	㉑	㉓	㉔	㉕	㉒	㉓	㉕
6 meses y 1 día a 12 meses	②	②	②	②	②	②	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑪	⑪	⑪	⑬	⑬	⑬	⑮	⑯	⑰	⑳	㉑	㉒	㉔	㉕	㉖	㉓	㉔	㉖
1 año y 1 día a 3 años	①	①	①	③	③	③	⑥	⑦	⑧	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑭	⑭	⑭	⑯	⑰	⑱	㉑	㉒	㉓	㉕	㉖	㉗	㉔	㉕	㉗
3 años y 1 día a 6 años	①	①	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉒	㉓	㉔	㉖	㉗	㉘	㉕	㉖	㉘
6 años y 1 día a 12 años	①	①	①	④	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉒	㉓	㉔	㉖	㉗	㉘	㉕	㉖	㉘
12 años y 1 día a 18 años	①	①	①	④	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉒	㉓	㉔	㉖	㉗	㉘	㉕	㉖	㉘

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

Powered by CamScanner

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES

PROTEGEMOS TUS PASOS



Línea de Atención:

#899 desde celular | **Bogotá:** 327 4712 / 327 4713
Nacional: 01 8000 111 935

seguros mundial®

Nº Póliza: 2000505434

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: DILAN ANDRES CORDOBA ACOSTA

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1081734739	2025/02/01	2026/02/01

Muerte Accidental $10.000.000,00

Gastos Médicos $9.000.000,00

COBERTURAS:

- Muerte Accidental
- Gastos Médicos

En caso de accidente o para consultar términos y condiciones, comunicarse a nuestras líneas de atención

seguros mundial®

#899 desde celular | BOGOTÁ 3274712 / 3274713 | NACIONAL 01 8000 111 935

Powered by CamScanner

Huellas de Amor
Para Tu Vida

LEY DE PROTECCIÓN DATOS PERSONALES

En nuestra calidad de responsables del uso de la información de nuestros usuarios y grupos de interés, dando cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales y el decreto reglamentario 1377 de 2013, poniendo a su disposición en www.funcamino.org el Aviso de Privacidad, Las Políticas de tratamiento de sus datos Personales y la Autorización del Uso de su Información Personal. Este último se pone a su disposición, para que, si está de acuerdo, sea diligenciado y entregado.

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

Autorizo a la Fundación 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 Ana Dulfay Acosta M. Identificado con CC 1051.750.915 Expedida en Santa Marta Acudiente del menor Dilan Andres Cordoba A. Identificado con Registro Civil de Nacimiento Numero 1081.734.739.

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 integramente 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.

x Ana Dulfay Acosta M.
Firma Usuario y/o Acudiente

establecidos por el ICBF para la verif

Powered by CamScanner

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

En mi calidad de padre (madre) de familia, usuario(a) del servicio prestado por el ICBF en el Hogar Comunitario de Bienestar Los Bullisiosos en el cual labora la Madre Comunitaria M. Genoveva Peña H 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): Dilan Andres cordoba acosta. 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 30 del mes Oct. del año 2025, en el Municipio de Saladoblanco

Ana Dulfay Acosta Moncayo

Nombre y Firma del Padre (Madre) de Familia

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	F2.P2.CE	11/07/2024
		Versión 5	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Dilan Andres Cordoba Acosta, identificado (a) con documento de identidad número 1081.722479, 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	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 H.C.B. comunitario

Suscriben:

Firma: Ana Dulfay Acosta Moncaya
Nombre: Ana dulfay acosta M.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3138058431
Fecha: 31-01-2025
Municipio: Saladoblanco

¡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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

COPIA NO CONTROLADA

Powered by CamScanner

...equivalente según FECHAS DE 02/NOV/2024 ...ENE/2028

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 0522533

NUIP 1.081.734.739...

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

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos: CORDOBA ACOSTA DILAN ANDRES

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2020	Mes AGO	Día 12	MASCULINO	O +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2020	Mes AGO	Día 21	0059221956

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos: ACOSTA MONCAYO ANA DULFAY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.081.730.915	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos: CORDOBA BERMEO LUIS ENRIQUE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 83.029.706	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos: CORDOBA BERMEO LUIS ENRIQUE

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 83.029.706

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA HUILA SALADOBLANCO — Código: L 6 D

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras): Año 2020 Mes AGO Día 21

Nombre y firma del funcionario

LUIS ALBERTO MOLINA CHAVARRO

Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 27145076-6

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 18/01/2025

Ficha: 41660006543600000500

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DILAN ANDRES

Apellidos: CORDOBA ACOSTA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1081734739

Municipio: Saladoblanco

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/08/2019

Última actualización ciudadano: 14/09/2020

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: SANTIAGO LOZANO CRUZ

Dirección: Calle 2 No 5 - 10 Esquina

Teléfono: 3134762452

Correo Electrónico: familiasaladoblanco@gmail.com

Powered by CamScanner

FECHA DE VENCIMIENTO 29/ENE/2025 FECHA SUSPENSIÓN 27/ENE/2025

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	1081734739
NOMBRES	DILAN ANDRES
APELLIDOS	CORDOBA ACOSTA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	SALADOBLANCO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	04/27/2025 12:28:46	**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

Powered by CamScanner

Redeban

339146394

FACTURA DE VENTA No. 84590958

TOTAL A PAGAR

$ 97.940

Documento equivalente según artículo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 23/ENE/2025

FECHAS DE LECTURAS: 02/NOV/2024 - 03/ENE/2025

FECHA SUSPENSIÓN: 27/ENE/2025

INFORMACION CLIENTE

Cliente	JEREMIAS TIMANA HOYOS	Nit CC	79740855
Dirección	VDA GUAYABITO	Ruta	26800410090
Municipio	SALADOBLANCO	Ciclo	052
Clase Servicio	Residencial	Estrato	2

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	8690042
Carga Contratada	0	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
39423348	ISK	A	S	00	10459	10278	1	181

Promedio Cuenta 181 Consumo Año Anterior 204 Consumo Anterior 204

ÚLTIMOS CONSUMOS



DIC OCT AGO JUN ABR FEB DIC

Mes	Consumo
DIC	181
OCT	179
AGO	171
JUN	194
ABR	195
FEB	200
DIC	204

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU: DIU: MC:
EC: VC: VCD:
MCF: CEC:
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 15/11/2024
Valor $ 81470

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
98.5	982.574 =	88923
96.5	982.5245 =	88918

CONSUMO PERIODO

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

Valor Total Energía del Periodo	$	177.841
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 84.569
Valor Total Energía Facturado	$	93.272

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO PERIODO	$ 177.841
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 4.664
AJUSTE DECENA	$ 4
SUBSIDIO	$ - 84.569

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	4.664
VALOR ELECTROHUILA	$	93.276

TOTAL A PAGAR

$ 97.940

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

FOES: 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

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit 891.180.001-1

Código de Cuenta : 339146394
Factura de Servicios Públicos No: 84590958
Periodo DIC 2024 Fecha de Vencimiento: 23/ENE/2025
Suspensión a partir de: 27/ENE/2025

Valor Total a Pagar $ 97.940

(415)7707274499679(8020)3391463943900)3080957360(96)20250123

Señor cajero favor dejar libre de sellos tanto el frente como el respaldo de esta factura

SAMI Version 1.2.1 240E1217 Lector 6875

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.081.730.915**
ACOSTA MONCAYO
APELLIDOS
ANA DULFAY
NOMBRES

Ana Dulfay Acosta M.
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 28-FEB-1992
ALMAGUER
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
25-MAR-2010 SALADOBLANCO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

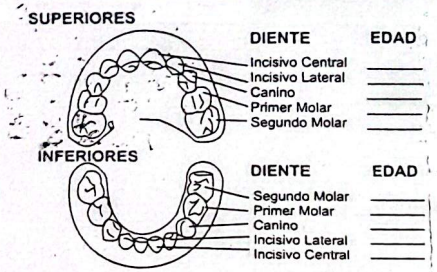
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1906700-00236090-F-1081730915-20100422 0022036555A 1 33612803

Powered by CamScanner

EDAD DE ERUPCIÓN DE DIENTES TEMPORALES ("DE LECHE")



RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

Los primeros dientes debe limpiarlos con un algodón o una gasa húmeda. Cuando los dientes temporales estén completos enseñar al niño la forma correcta de cepillarse los dientes y el uso de seda dental, ayudandolo hasta cuando pueda hacerlo bien.

Nunca deje dormir al niño con el biberón en la boca, porque el azúcar facilita la caries dental, ademas el chupo puede originar alteración de la forma de los maxilares y mal posición de los dientes. Procure no dar dulces o caramelos entre comidas.

La primera visita al odontólogo debe hacerse antes del primer año.

CUIDADOS GENERALES

Bañe al niño todos los días, lavele las manos y los dientes, cortele las uñas, pongale zapatos cuando camine. NO USE TALCOS NI CHUPOS.

No le de aceite para purgarlos. Evite que su niño se acerque a los enfermos.

Exprese afecto al niño, alcelo, abracelo y acaricielo. Permita que el niño juegue y dedique tiempo para jugar con el. Involucre al niño en las actividades de la familia. Hable con el niño y responda con amor a sus intentos de comunicarse y llamar la atención. Permita que el niño se mueva libremente. No castigue, engañe, ni asuste al niño para obligarlo a obedecer.

Explique al niño las cosas que no debe hacer. No exija que el niño realice tareas que no puede hacer por su edad. Sea siempre sincero con el.

MAMÁ SI MI HIJO ESTÁ ENFERMO DEBO REVISAR SI PRESENTA LAS SEÑALES DE PELIGRO QUE ME OBLIGAN A LLEVARLO AL SERVICIO DE URGENCIAS O VALORACIÓN INMEDIATA POR MÉDICO

* Mi hijo no puede beber ni tomar el pecho.
* Vomita todo lo que come.
* Ha tenido convulsiones o ataques.
* Está letárgico (muy dormido) o inconsciente (sin sentido).
* Le chilla el pecho o respira con dificultad.
* Respira más de 60 veces en un minuto.
* Presenta deposiciones diarreicas o líquidas.
* Presenta fiebre alta (mayor de 39° centigrados).
* Presenta fiebre más de 3 días.

EDAD	TIPO VACUNA	1a. DOSIS o UNICA FECHA	2da. DOSIS FECHA CITA	2da. DOSIS FECHA VACUNA	3ra. DOSIS FECHA CITA	3ra. DOSIS FECHA VACUNA	A los 12 meses de edad FECHA CITA	A los 12 meses de edad FECHA VACUNA
Recién Nacido	Antituberculosa - BCG							
	Hepatitis B (Recién Nacido)							
A partir de los 2 meses	PENTAVALENTE: Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)							
	PENTAVALENTE: Haemophilus influenzae tipo b							
	PENTAVALENTE: Hepatitis B							
	Vacuna oral de polio - VOP							
	Vacuna oral de rotavirus							
	Vacuna contra el neumococo							
A partir de los 4 meses	PENTAVALENTE*							
	Vacuna oral de polio - VOP							
	Vacuna oral de rotavirus							
	Vacuna contra el neumococo							
A partir de los 6 meses	PENTAVALENTE*							
	Vacuna oral de polio - VOP							
De 6 meses a 23 meses	Vacuna de influenza (De 6 meses a 23 meses)							
A los 12 meses	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)							
	Fiebre Amarilla (FA)							
	Vacuna contra el neumococo							

		Al año de la 3ra DOSIS	A los 5 años de edad	ADICIONALES
Al año de las terceras dosis	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)			
	Vacuna oral de polio - VOP			
A los 5 años de edad	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)			
	Vacuna oral de polio - VOP			
	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)			
Adicionales				

REHIDRATACIÓN ORAL SUERO ORAL



En un litro de agua hervida y fría mezcle todo el contenido de un sobre de suero oral.

Si el niño NO ESTA DESHIDRATADO, dele con cucharita y vaso dos onzas como mínimo, después de cada deposición.

Si el niño presenta ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN acuda a la Promotora de Salud, a la Unidad de Rehidratación Oral UROCS mas cercana, o al Hospital.

AL MES	EDAD	A LOS 24 MESES	EDAD
Patalea vigorosamente		Salta en los dos pies.	
Sigue con los ojos el movimiento de un objeto.		Hace torre de 5 ó más cubos.	
Se sobresalta con el ruido.		Dice más de 20 palabras claras.	
Sigue movimientos del rostro.		Control diurno de orina.	
A LOS 3 MESES		**A LOS 36 MESES**	
Sostiene la cabeza.		Camina hacia atras.	
Se lleva objetos a la boca.		Separa objetos grandes y pequeños.	
Balbucea con las personas.		Usa oraciones completas.	
Se voltea cuando se le habla.		Se baña solo las manos y la cara.	
A LOS 6 MESES		**A LOS 48 MESES**	
Intenta sentarse solo.		Lanza y agarra la pelota.	
Pasa objetos de una mano a otra.		Copia cuadrado y círculo.	
Reacciona cuando se le llama.		Describe bien un dibujo.	
Pone atención a la conversación.		Tiene un amigo especial	
A LOS 9 MESES		**A LOS 60 MESES**	
Se sienta por si solo.		Hace rebotar y agarra la pelota.	
Agarra objetos con los dedos pulgar e índice.		Dibuja escalera.	
Dice una palabra clara.		Nombra 4 ó 5 colores.	
Imita aplausos.		Organiza juegos.	
A LOS 12 MESES		**A LOS 72 MESES**	
Se para solo.		Salta desde 60 cms de altura.	
Busca objetos escondidos.		Dibuja casa.	
Entiende orden sencilla.		Conoce días de la semana.	
Bebe en taza sola.		Comenta vida familiar.	
A LOS 18 MESES		**A LOS 84 MESES**	
Corre.		Salta alternando los pies.	
Pasa hojas de un libro.		Copia una figura de líneas curvas.	
Reconoce seis objetos.		Conoce ayer, hoy y mañana.	
Avisa deseos de ir al baño.		Conoce fecha especiales.	

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DÍA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2020	Sept.	12	9:20	✓	
2020	Octubre	15	10100	✓	
2020	Diciembre	17	8:00	✓	
2021	Marzo	17	1030	✓	
2021	JUNIO	16	10:00	✓	
2021	Agosto	17	9:30		
2022	Mayo	18	9:00	✓	
2022	Octubre.	4	4:30	✓	
2023	Marzo	11	9:00	✓	
2023	Agosto	22	4:40	✓	
2024	Agosto				
2021	Agosto	14	11:00	✓	
2026					

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES SALADOBLANCO

IAMI

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES
SALADOBLANCO - HUILA NIT. 813.012.833-1

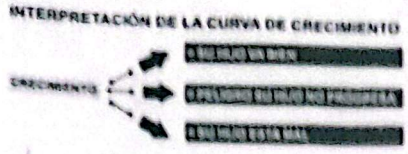


CARNE DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

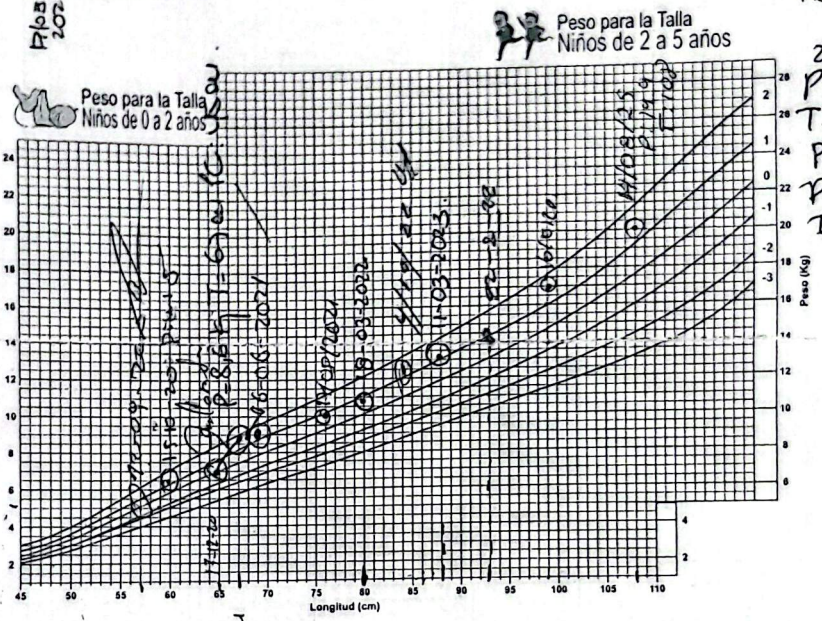
Nombre: Dilan Andres Cordoba.
Fecha de nacimiento: 12-08-2020
Registro Civil: 1081734739
Teléfono: PN: 3460 m TN: 49 R40+
Dirección: Saladoblanco
Barrio o Vereda: San Rafael
Nombre del Responsable del Niño: Ana Dulfay Acosta
EPS Afiliación: Comfamiliar
Sitio de Atención:

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS AGENTES DE SALUD SE LO RECOMIENDE

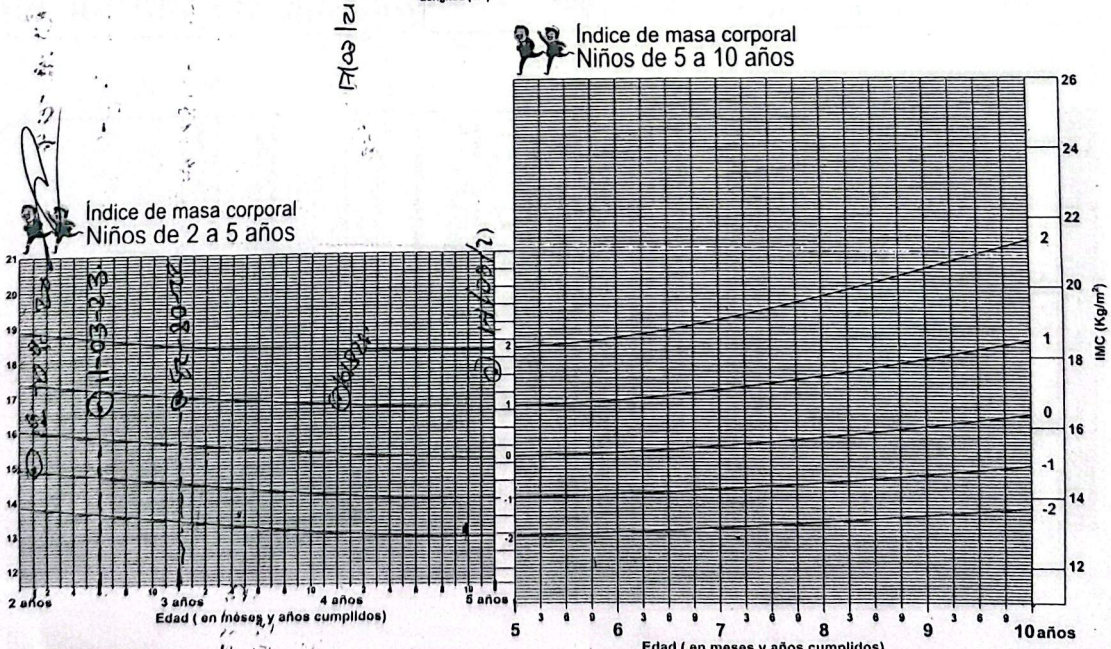
Powered by CamScanner



17-12-2020 talla: 65cm
Peso: 7,590 Pc: 4
PB: 16 cm



22-08-23
P. 14,6 Kg
T. 93 cm
PB: 16 cm
Pc: 50 cm
IMC: 16.9



Powered by CamScanner

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

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	Cita a los 4 Meses		
7 a 9 meses			
10 a 12 meses	Cita 6 Meses		
13 a 16 meses			
17 a 20 meses	Cita 12 meses		
21 a 24 meses			
25 a 30 meses	Cita 17-9-21 SR		
31 a 36 meses			
37 a 48 meses	Cita Mayo 2022 influenza		
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.

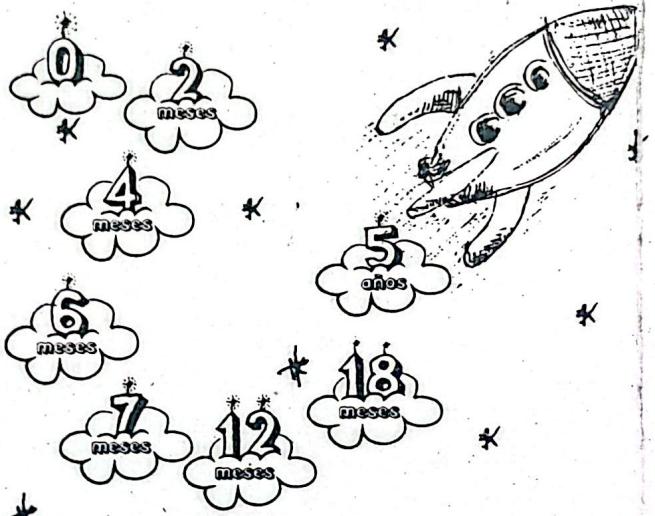
Valor reportado TSH:
Fecha verificación:
Profesional que verificó:

Exíjalo

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, 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

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL DEPARTAMETAL SAN ANTONIO
NIT: 891.180.134-2
PITALITO - HUILA

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Dilan Andres Cordoba A.
Fecha de nacimiento: 12 AGOSTO - 2020
Nº de certificado de nacido vivo: 15825780-1
Registro civil: 1081734739
Sexo: Masculino.
Grupo sanguíneo: Ot
Peso al nacer: 3.460 gramos.
Dirección: V. San Rafael
Teléfono: 3138058431
Responsable: Ana Julia Agudelo
Municipio de residencia: Saladoblanco
Departamento: Huila.

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



MINSALUD — TODOS POR UN NUEVO PAÍ

Nombre: _____ Registro Civil: _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación (Día Mes Año)	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita (Día Mes Año)	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐					— — —	DEIVI PESA
	Tuberculosis B.C.G.	Única	12-08-2020	SERUM	0328[illegible] Sab Antonio		12 10 20	DEIVI PESA
	Hepatitis B	Recién nacido	12-08-2020	SERUM	0329[illegible] San Antonio			Yda Calderon
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						Yda Calderon Q.
	Polio (Oral - IM)	1ª	15-10-20	Serum	1809P11G1 ESE Sabadell			Yda Calderon Q.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	15-10-20	Serum	28594032AE S.A/Blanco			Yda Calderon Q.
	Rotavirus	1ª	15-10-20	GLOXO	ARO[illegible] ESE S/Blanco			
	Neumococo	1ª	15-10-20	GLOXO	A3PNB222B4 ESE S/Blanco			
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						Diana
	Polio (Oral - IM)	2ª	12-12-20	Sanofi	T3B8A1V Sanofi			Diana
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	12-12-20	Serum	28594032A[illegible]			Diana
	Rotavirus	2ª	12-12-20	Glaxo	A[illegible] Sanofi			Diana
	Neumococo	2ª	12-12-20	Glaxo	A3PNB222 Sanofi			María del Carmen Gómez Triana AUXILIAR DE ENFERMERÍA Tel. RA 2579
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	13-2-21	Sanofi/IM	T3D8Q1V	SMU		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	13-2-21	Serum	28594008C	SMU		
	Influenza	1ª	9/10/21	Sanofi	V3B8H1V	ESE N.S.M		
7 Meses	Influenza	2ª	12-8-21	Sanofi	U3C314	SMU		María del Carmen Gómez Triana AUXILIAR DE ENFERMERÍA RA 2579
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	13-8-21	Serum	0130A031	SMU		
	Fiebre Amarilla	1ª	18-8-21	Sanofi	U3C61V	SMU		
	Neumococo	Refuerzo	16-8-21	GLAXO	A3PNB311B	SMU		
	Influenza	Anual	18/10/21	Sanofi	V3B8H1V	ESE N.S.M		
	Hepatitis A	ÚNICA	17-8-21	GSK	V009T2J	SMU		
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo	18-02-22	Sanofi	28Z0X0090	SMUO		
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo	30-12-21	Sanofi	1801P002	SMUO		
	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo	22-08-25	Sanofi	2424006	ESE		
5 Años	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo	22-08-25	Sanofi	2023001	Fabricado		
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	05-08-23	SERUM	0131N082A	ESE N.S.M.		Diana Garrido
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela S.I	1d	17-8-21	MMR	V006190	SMU		María del Carmen Gómez Triana AUXILIAR DE ENFERMERÍA RA 2579
	Varicela	DU	16/12/21	Sanofi	V0B6[illegible]	ESE N.S.M.		
		1R	22-08-25	[illegible]	[illegible]	[illegible]		

Estas vacunas son gratuitas

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

Powered by CamScanner