

Powered by CamScanner

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

Ciudad oporapa

Nombre completo de la niña o niño Diego Andres Morobel

Fecha de nacimiento 10 9 20 **N° Documento de Identidad** 1083937034

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de ter día de atención en el año** 3 2 25

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Albalitia Ramos

Fecha de registro cualitativo 5 - 5 - 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

El niño es muy cariñoso, amable plancea organizacion de juegos reconoce las diferencias fisicas entre hombre y mujer

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Albalitia Ramos

Fecha de registro cualitativo 5 8 25

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 reconoce que los demas pueden sentir emociones
explica de manera detallado lo que hizo ola hacen.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Alba litia Ramos

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

explica con detalle lo que hizo
controla fuerza y direccionalidad
Manifiesta emocion en las celebraciones familiares

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

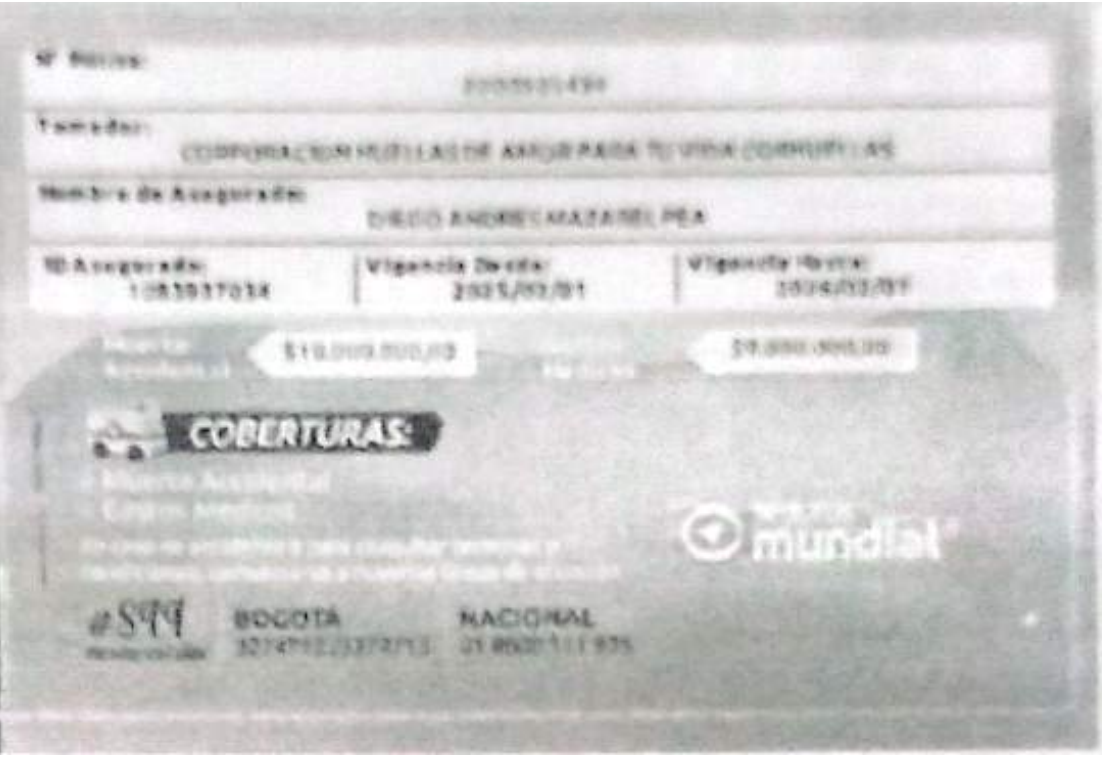
Powered by CamScanner

	Relación con los demás												Relación consigo misma/o									Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción			Construcción de normas			Identidad																	
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social			Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
Valoración Cualitativa ⇨	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	①	①				⑤	⑤	⑤				⑩	⑩	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑭	⑭	⑯	⑰	⑱	㉒	㉓	㉔	㉘	㉙	㉚	㉞	㉟	㊱	㊵	㊶	㊷
	②	②	②	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑧	⑧	⑧																								
	③	③	③	⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦	⑨	⑨	⑨																								
6 meses y 1 día a 12 meses	①	①	①	③	③	③	⑤	⑤	⑤	⑧	⑧	⑧	⑩	⑩	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑭	⑭	⑯	⑰	⑱	㉒	㉓	㉔	㉘	㉙	㉚	㉞	㉟	㊱	㊵	㊶	㊷
	②	②	②	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨																								
	③	③	③	⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩																								
1 año y 1 día a 2 años	①	①	①	③	③	③	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑪	⑪	⑪	⑬	⑭	⑮	⑯	⑯	⑯	⑱	⑲	⑳	㉔	㉕	㉖	㉚	㉛	㉜	㊱	㊲	㊳	㊸	㊹	㊺
	②	②	②	④	④	④	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩																								
	③	③	③	⑤	⑤	⑤	⑧	⑧	⑧																										
2 años y 1 día a 3 años	①	①	①	③	③	③	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑫	⑫	⑫	⑭	⑮	⑯	⑰	⑰	⑰	⑲	⑳	㉑	㉕	㉖	㉗	㉛	㉜	㉝	㊲	㊳	㊴	㊹	㊺	㊻
	②	②	②	④	④	④	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩																								
	③	③	③	⑤	⑤	⑤	⑧	⑧	⑧																										
3 años y 1 día a 4 años	①	①	①	③	③	③	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑫	⑫	⑫	⑭	⑮	⑯	⑰	⑰	⑰	⑲	⑳	㉑	㉕	㉖	㉗	㉛	㉜	㉝	㊲	㊳	㊴	㊹	㊺	㊻
	②	②	②	④	④	④	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩																								
	③	③	③	⑤	⑤	⑤	⑧	⑧	⑧																										
4 años y 1 día a 5 años (+ o - hasta los 6 años)	①	①	①	③	③	③	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑫	⑫	⑫	⑭	⑮	⑯	⑰	⑰	⑰	⑲	⑳	㉑	㉕	㉖	㉗	㉛	㉜	㉝	㊲	㊳	㊴	㊹	㊺	㊻
	②	②	②	④	④	④	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩																								
	③	③	③	⑤	⑤	⑤	⑧	⑧	⑧																										

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales





Powered by CamScanner

entregado

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

Autorizo a la corporación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA, a realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a) Para que la fundación pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Operador de Programas misionales del ICBF.

b) Facilitar los Documentos requeridos por los sistemas de información de las entidades autorizadas o las entidades gubernamentales que propendan por el desarrollo integral de las niñas y los niños de primera infancia, madres gestantes y bebes lactantes, bajo el compromiso de mantener la confidencialidad de la información.

DECLARACIONES DEL TITULAR

Yo María Silvia Morales Identificado con CC 1084904474 Expedida en Ipiales
Acudiente del menor Diego Andres Morales Identificado con Registro Civil de Nacimiento
Numero 1083937054

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, podre acudir a HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA como responsable del tratamiento de manera gratuita al Area de Gerencia, quienes estaran disponibles para la misma.

María Silvia Morales Angel

Firma Usuario y o Acudiente

Powered by CamScanner

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

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

En mi calidad de padre (madre) de familia, usuario(a) del servicio prestado por el ICBF en el Hogar Comunitario de Bienestar Mi refugio en el cual labora la Madre Comunitaria Albalhia Ramos 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): Diego Andrés Yazabel Peña. 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 se 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 una vez haya cumplido los cinco (5) años.
8) Informar a la Madre Comunitaria y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia hijo(a) al Hogar Comunitario, adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia cuenta con ellos).
9) Elegir o ser elegido en el comité de control o veedurías ciudadanas que se convoquen fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos ICBF para la Modalidad Hogares Comunitarios de Bienestar.
10) Mantener relaciones interpersonales que promuevan la convivencia pacífica con los usuarios y con la Madre Comunitaria.
11) Cumplir con el pago de la cuota de participación, si esta ha sido acordada en Asamblea 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 pro de la calidad del servicio y de manera prioritaria se podrán invertir en la adquisición Póliza de Seguro para los niños y niñas beneficiarios.
12) Informar al ICBF o a la Entidad Administradora del Servicio sobre situaciones que afecten 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 de 2025, en el Municipio de Apopora.

Nombre y Firma del Padre (Madre) de Familia

Powered by CamScanner

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

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Yo, quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Diego Andres Marabel Peña, identificado (a) con documento de identidad número 1083437034 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, Maria Nilvia Marabel Trujillo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1084401434; 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 Cornuellos, 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: Maria Nilvia Marabel Trujillo
Nombre: Maria Nilvia Marabel Trujillo
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3137178566
Fecha: 3-2-2025
Municipio: Popayan

¡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

CLASIFICADA

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesión Copia Registro Civil

REGISTRADURÍA 27141078 6

NUIP 1.083.937.034

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61161568

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [N] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE PITALITO COLOMBIA HUILA PITALITO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MAZABEL	PEÑA

Nombre(s)

DIEGO ANDRES

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020	Mes SEP	Día 10	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA PITALITO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	160224580

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

PEÑA GIL NIEVES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.083.866.619	COLOMBIA

Datos del 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

MAZABEL TRUJILLO DIEGO ARNULFO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.084.896.782	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MAZABEL TRUJILLO DIEGO ARNULFO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.084.896.782	[signature]

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2020 Mes SEP Día 14	DANIEL AUGUSTO VARGAS SPERLING
	Nombre y firma
Reconocimiento paterno	**Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento**
Firma	Nombre y firma

14-SEP-2020 - LIBRO DE VARIOS ESPACIO VALIDO NOTAS F 126.

ES COPIA REPRODUCCIÓN FOTOGRÁFICA TOMADA DE LA COPIA QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

14 SET 2020

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 18/07/2025

Ficha: 41503003520600000308

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: DIEGO ANDRES

Apellidos: MAZABEL PEÑA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1083937034

Municipio: Oporapa

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 06/01/2023

Última actualización ciudadano: 03/12/2024

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: 3118478398

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

Powered by CamScanner

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

mación de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

nación Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1083937034
NOMBRES	DIEGO ANDRES
APELLIDOS	MAZABEL PEÑA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	OPORAPA

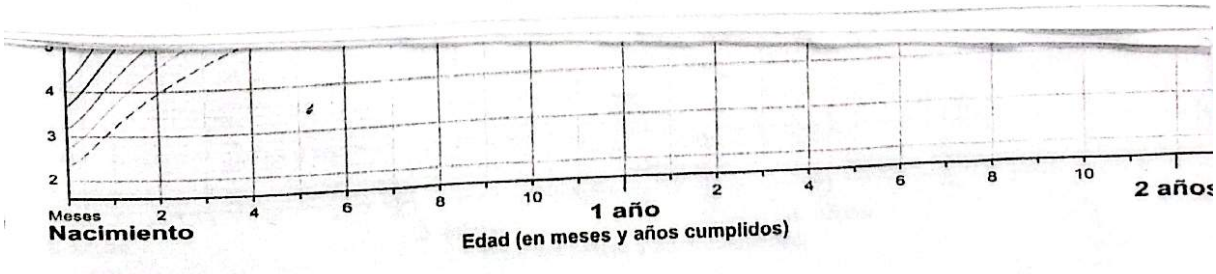
de afiliación :

TADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
TIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/18/2025 13:37:00	**Estación de origen:**	192.168.70.220

formación registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen idiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del terio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones cas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la nistradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

ecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de ación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual eportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el men Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, olece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya entado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado



Powered by CamScanner

[83_-379004]
[83_-379001]
RECAUDOS SUCHANCE
FECHA:14/01/2025 17:14:25
RECAUDO PARA:ELECTROHUILA
NIT:900299244
COLILLA:83_-379005 002193178324
TEL CLIENTE:0
NOM CLIENTE:JOSE LIZARDO HAZABEL HAZAB
TRANSACCION:39198155
PLAN-OFIC:-84700632
OFICINA:

TEL CONTACTO

Vlr:$$$82550.0 IVA:$$$$0.0 VT:$$$$$82550

OF:26 E:23775 SV:26001

O CUENTA NIU
1426
y pago electrónicos
FT -CFE -05 -001
A PAGAR
82.550
1/NOV/2024
0/ENE/2025
3/FEB/2025
42385
030830020
4
Consumo (kwh)
206
EL SERVICIO
MC:
VCD:



AGO	189
JUN	199
ABR	232
FEB	218
DIC	207

Valor Compensar
ULTIMO PAGO
Fecha 02/12/2024
Valor $ 44378

LIQUIDACIÓN			CONSUMO PERIODO		
Cons. o(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)	Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
103.0	934.1853 =	96213			
103.0	934.5857 =	96254			

Valor Total Energía del Periodo	$	192.467
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 111.553
Valor Total Energía Facturado	$	80.914

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES		OTROS CARGOS	
INTERES MORATORIO	$	18	$	0
CONSUMO PERIODO	$	192.467	ALUMBRADO P	$ 1.618
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$	1.618	VALOR ELECTROHUILA	$ 80.932
SUBSIDIO	$	- 111.553		

TOTAL A PAGAR
$ 82.550

ELECTRODOMÉSTICOS				FINANCIACIONES				
CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO	FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

FCES: Consumo Kwh $Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 419.0 Tm: 55.0 PRn,m: 96.0 Dn,m: 283.0 Rm: 3.0 Cv,m: 14
5.0 CUv,n,m: 934.5057 ($/Kwh)

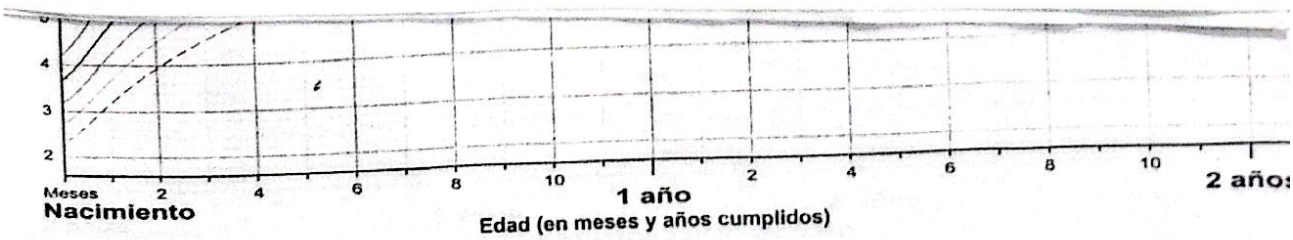
CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT.CORRIENTE	INT.MORA

ElectroHuila
Electrificadora Huilense de Energía
Nit. 891 180 084-4

Código de Cuenta : 409841426
Factura de Servicios Públicos No: 84700632
Periodo DIC 2024 Fecha de Vencimiento: 30/ENE/2025
Suspensión a partir de: 3/FEB/2025
Valor Total a Pagar $ 82.550

(415)7707274459679(8020)040984142639000000082550(96)20250130
Señor cajero favor dejar libre de sellos tanto el frente como el reverso de esta factura
GS1 Version 1.2.1 24081217 Lector 7200



Powered by CamScanner

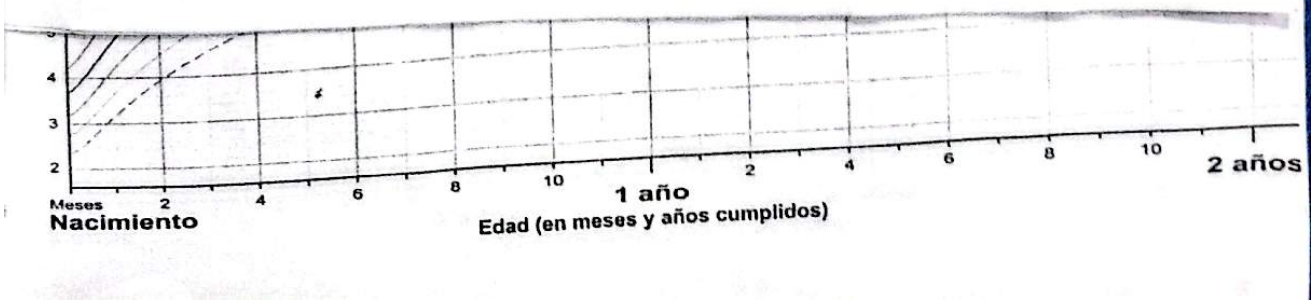

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

1.084.901.474
MAZABEL TRUJILLO

MARIA NILVIA

Maria Nilvia MT


FECHA DE NACIMIENTO 18-SEP-1999
OPORAPA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
22-SEP-2017 OPORAPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
A-1905100-01200985-F-1084901474-20210203 0073292548A 1 8501303945



Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUIP 1.083.866.619

PEÑA GIL

NIEVES

Nieves Peña Gil





FECHA DE NACIMIENTO 07-MAR-1986
OIBA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
15-JUN-2004 PITALITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS CALDAS VACA

INDICE DERECHO

A-1905100-00972533-F-1083866619-20151222 0052749537A 1 5828273

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.334.896.762

MAZABEL TRUJILLO
APELLIDOS

DIEGO ANNULFO
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 14-AGO-1987
OPORAPA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.76 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
26-AGO-2005 OPORAPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL



INDICE DERECHO

P-1905100-50142832-M-1084896762-20051212 0616105348A 02 165210043

Powered by CamScanner

MANUELITOS



Mi nombre completo es: DIEGO [illegible]

Nací en la ciudad de: [illegible]

El día 10 del Mes 9 del Año 2020

Mi peso fue _____ Mi talla fue _____

Mi tipo y mi grupo sanguíneo es: A POSITIVO

Mi resultado de TSH fue _____

Mi número de registro civil es: 1083937034

Cuando nací, ¿quede hospitalizado? Si_____ No_____

¿Por qué?_____

Mi EPS es NUEVA EPS

Mi mamá se llama [illegible] Teléfono 3105841807

Mi papá se llama [illegible] Teléfono 3105834347

Soy alérgico a: _____

Utilizo algún medicamento especial: _____

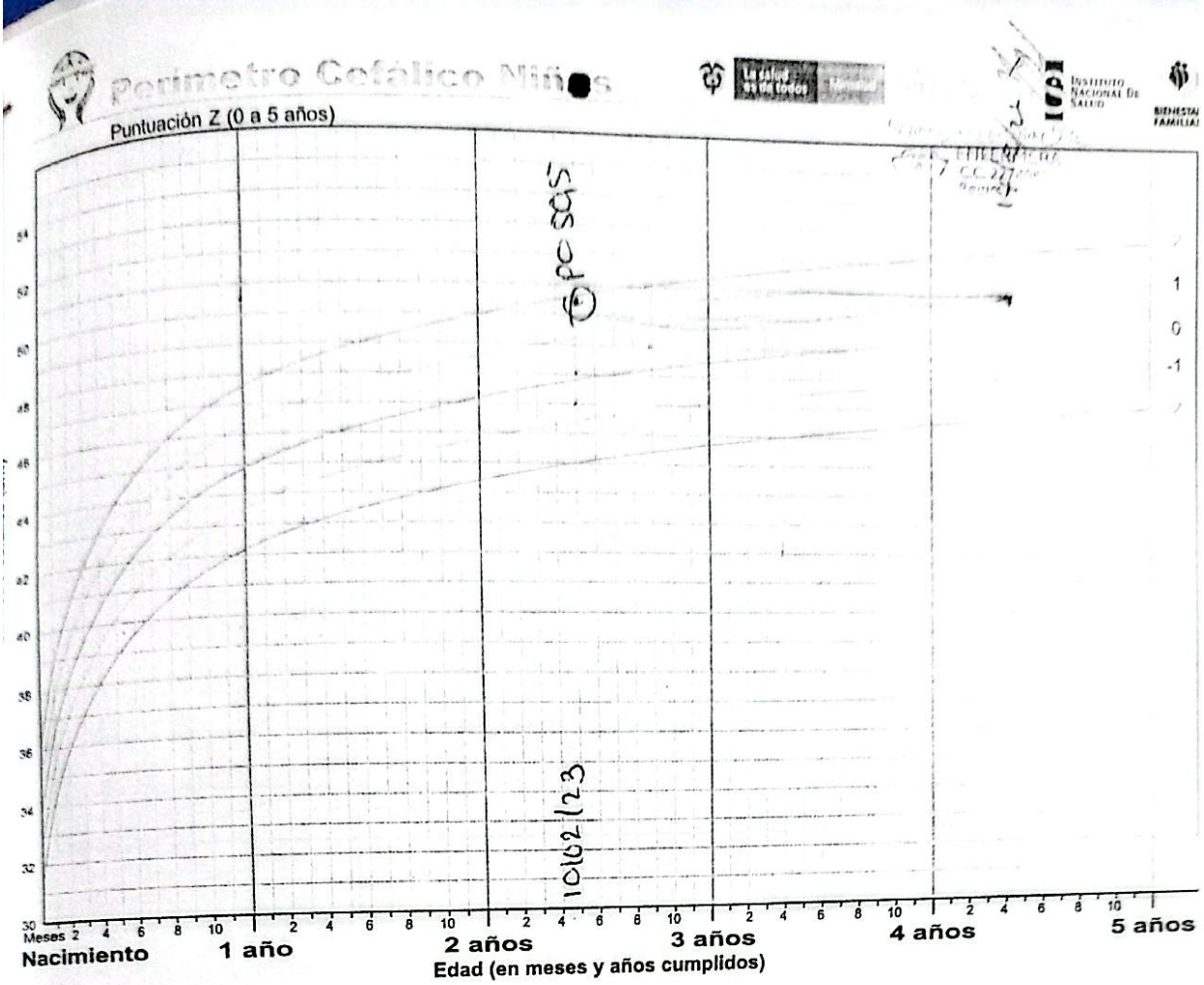
Edad introducción alimentos diferentes a la leche materna_____

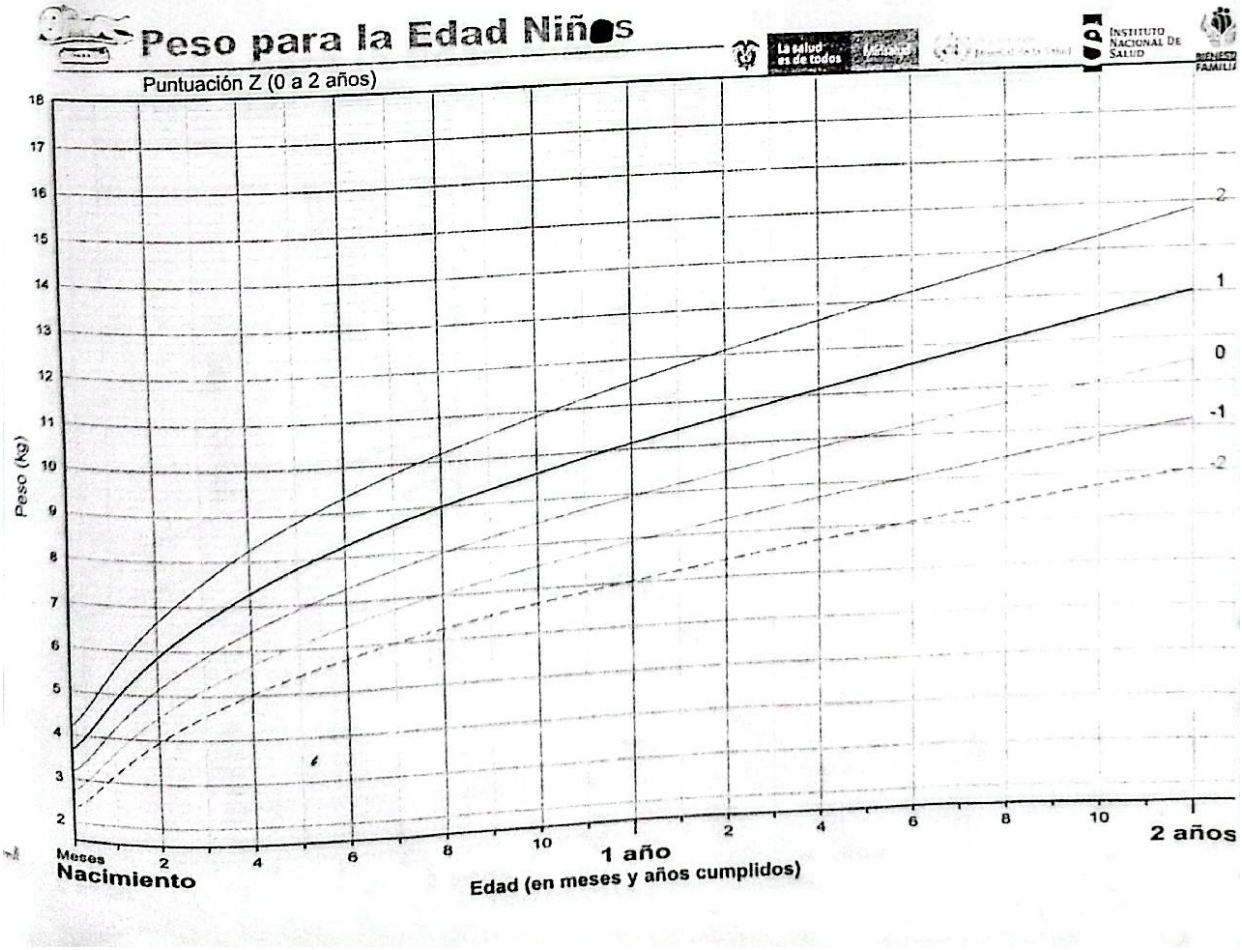
Edad en que suspende la lactancia materna:

Semanas_____ Meses_____

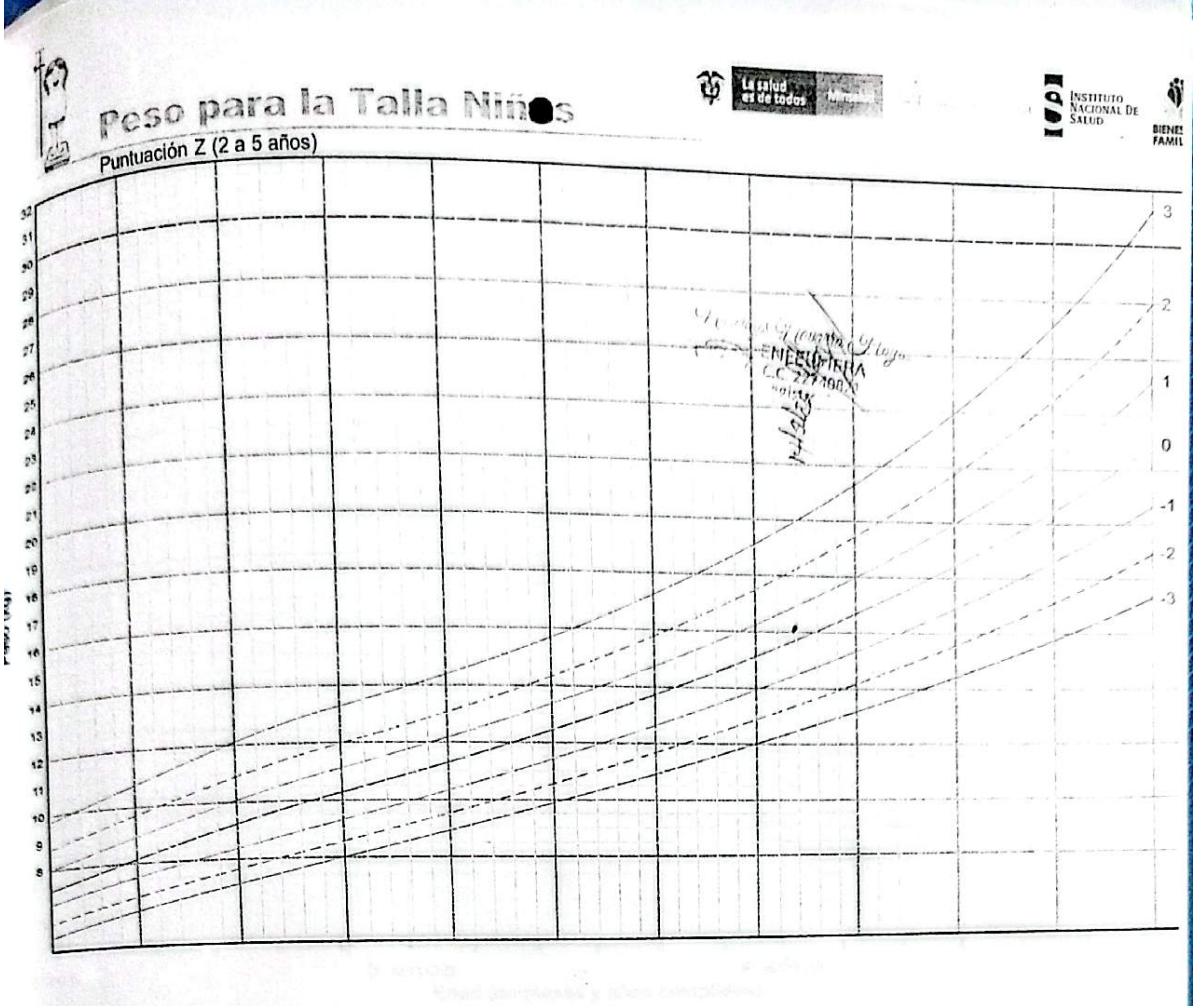


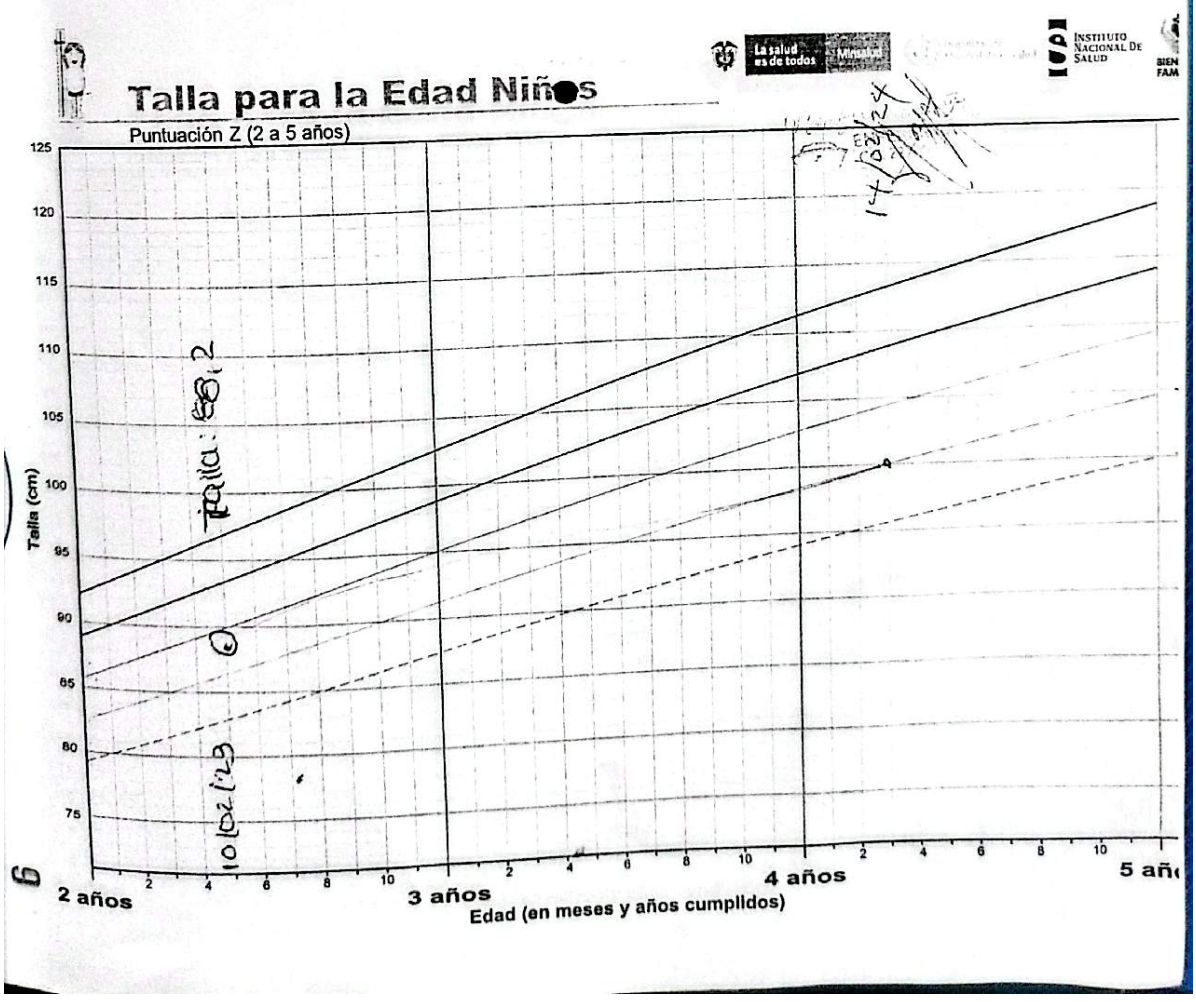
Powered by CamScanner

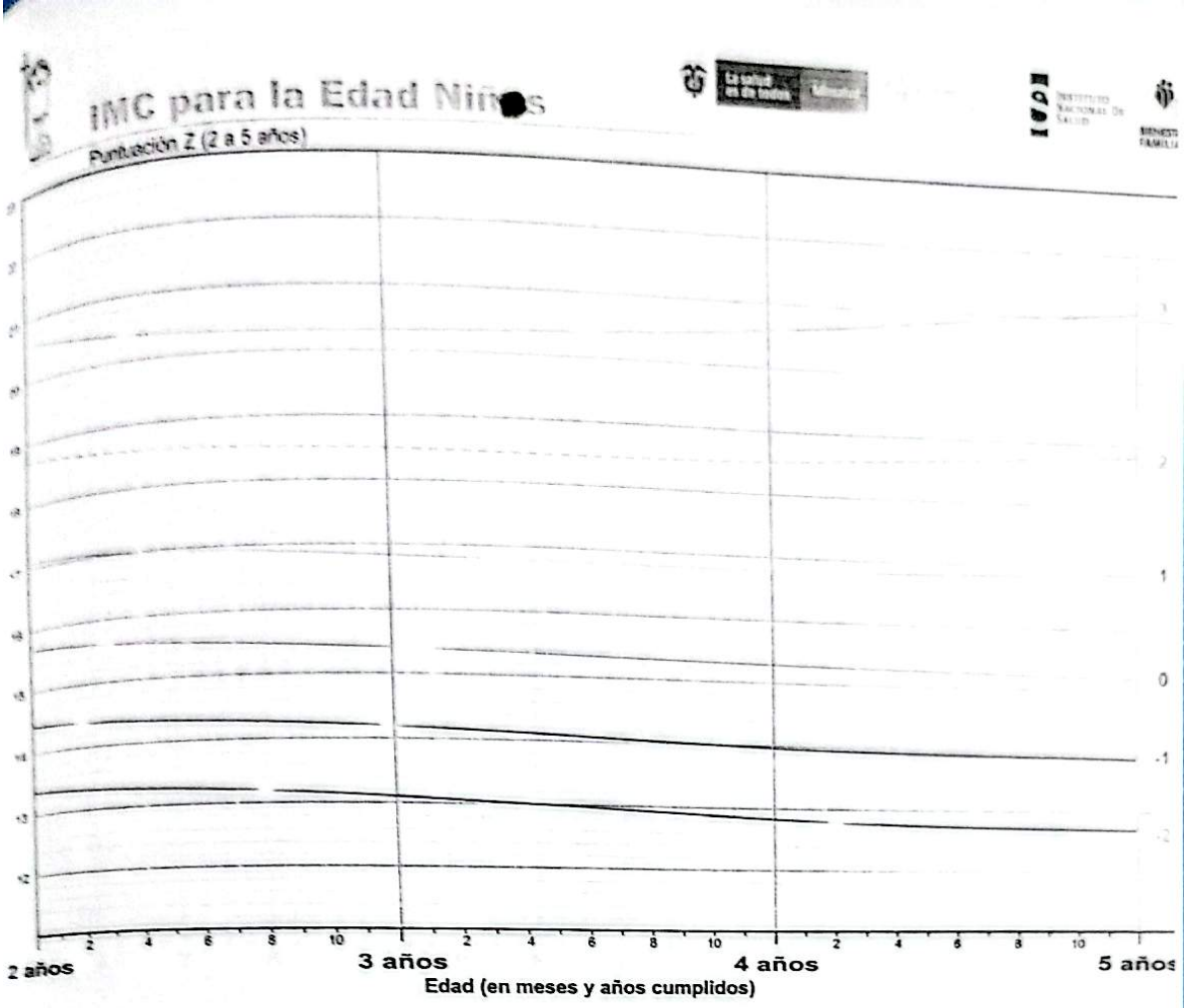


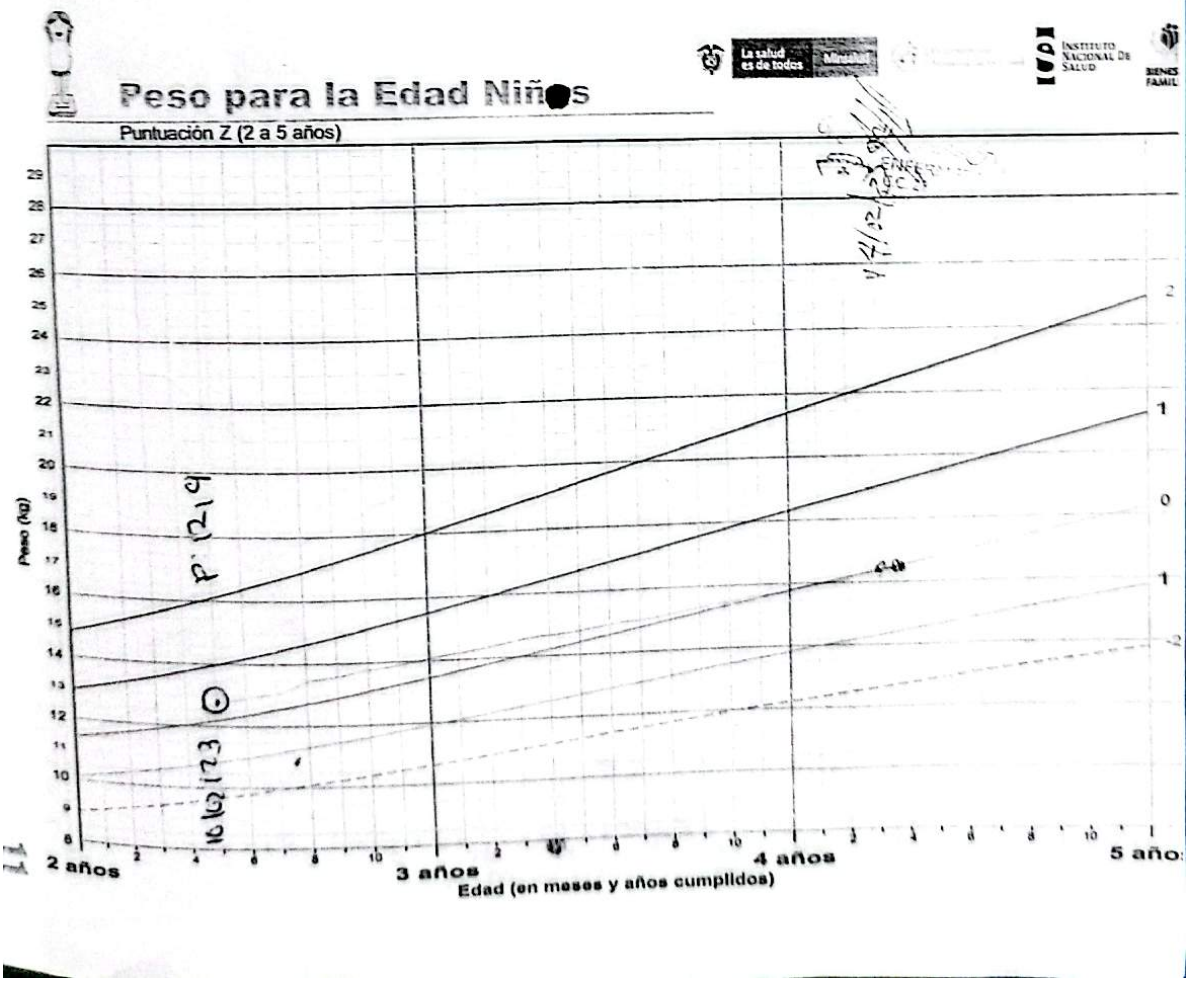


Powered by CamScanner


Peso para la Talla Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
La salud es de todos
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
3
2
1
0
-1
-2
-3


Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
La salud es de todos
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
Talla (cm)
125
120
115
110
105
100
95
90
85
80
75
2 años
3 años
4 años
Edad (en meses y años cumplidos)



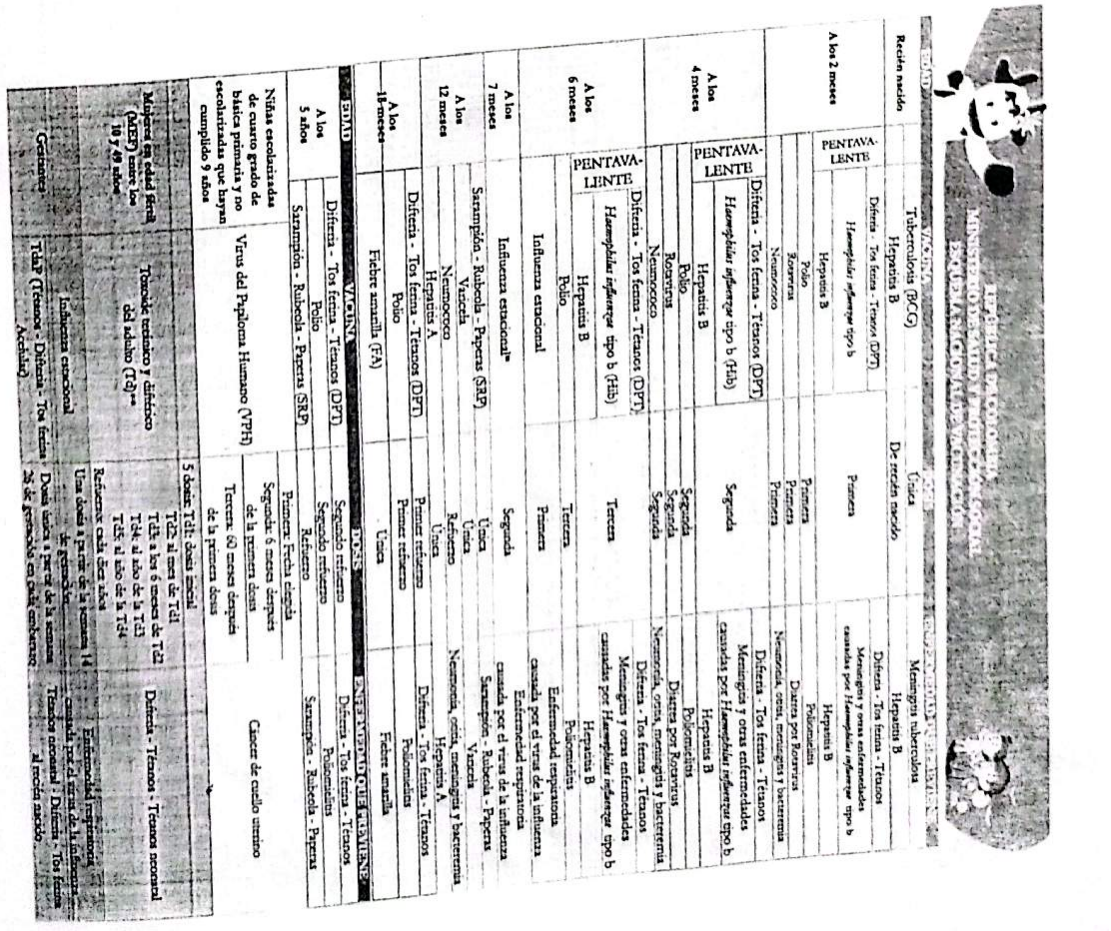


Powered by CamScanner

MIS CONTROLES

FECHA DE ATENCIÓN	EDAD (AÑOS, MESES)	PESO (KG)	TALLA (CM)	VALORACIÓN	PERÍMETRO CEFÁLICO	PERÍMETRO TORÁCICO
10-03-23	2 1 5 m	12.9	88.2	ok	50.5	
27/01/24	3 a 9 m	14.2 kg	93 cm	↓ talla	52.1	
19-12-25	4 a y 5 m	16.2 kg	100 cm		52	

OBSERVACIONES:



Recién Nacido	Hepatitis B	Única dosis recién nacido						
2 meses	Hepatitis B	1ª	10 Noviembre 2020	B. Hoven	P3N4A1V	Paluto Calama	Isabella Pino Gómez	
	Poliomielitis (VIP)	1ª		Serum	2859X025F			
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª		Glaxo	APOLC42BAA			
	Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª		Glaxo	ASPNB2726A			
	Diarrea por rotavirus	1ª						
	Neumonía, otitis, meningitis y bacteriemia causada por Neumococo: PCV 10 / PCV 13	1ª						
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	14 Enero 2021	B. Hoven	R 3 1 8 9 1 V	Paluto Calama	Isabella Pino Gómez	
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª		Serum	2830X008C			
	Hepatitis B	2ª		Glaxo	APOLC5498			
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª		Glaxo	ASPNB2726A			
	Diarrea por rotavirus	2ª						
	Neumonía, otitis, Meningitis y Bacteriemia causada por Neumococo: PCV 10 / PCV 13	2ª						
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	15 Marzo 2021	B. Hoven	2027008A	Paluto Grupo extranjero	Juan Carlos Lopez	
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª		Serum	2850Y034C			
	Hepatitis B	3ª						
	Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª						
	Influenza estacional	1ª						
7 meses	Influenza estacional	2ª						
12 meses	Varicela	1ª	30 Septiembre 2021	Serum	013ON113B	Paluto Grupo extranjero	Juan Carlos Lopez	
	Hepatitis A	Única		Merck/Glaxo	ASPNB3718A			
	Influenza estacional	Anual		Merck	U0067J9			
	Neumonía, otitis, Meningitis y Bacteriemia causada por Neumococo: PCV 10 / PCV 13	Refuerzo		Merck	T012958			
18 meses	Poliomielitis (VIP)	3er Refuerzo	01 07 2022	B. Hoven	2127004A	Paluto Grupo extra	Isabella Pino Gómez	
	Difteria, Tosferina y Tetanos (DPT)	3er Refuerzo	01 07 2022	Serum	2821Q012A	Paluto Grupo extra	Isabella Pino Gómez	
	Influenza estacional	Anual	31 05 2022	BIO manufacturas	23[illegible]29	ESE VINA	YANINE MI	
5 años	Varicela	Refuerzo	29 01 2022	Serum	013JV003A	ESE Viña	Nicole Pinto	
9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª						
		2ª						
		3ª						
Sin rango de edad	Covid-19	1er Refuerzo						
		2do Refuerzo						
Vacunas	Cuadrivalente Rubeola	Refuerzo	28 01 2022	Serum	012 TN 002	Paluto Grupo extranjero	[illegible]	

Powered by CamScanner

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Diego Andrei
Ha tabel Pena.

Tipo de Documento: RC TI CEDU — No. de Documento: 1083933039

Fecha de Nacimiento: 10 09 2020 (DD MM AAAA)

Sexo: Masculino.

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Mi tuey Pena Gil

Municipio de residencia: Cbcnda

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO					
TSH neonatal	Normal		Alterado		
Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado		
Cardiopatía 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							

SUPLEMENTACIÓN CON

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

VALORACIÓN DE LA A
- AGUDEZA V

3 años	
4 años	
5 años	

*Menor o igual a 2

FORTIFICA
MICRONUT

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

ATENCIÓN EN S

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

Powered by CamScanner