Powered by CamScanner

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

PAGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANALISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad

Nombre completo de la niña o niño Dilan Julian muñoz vargas

Fecha de nacimiento Día 1 Mes 07 Año 2020 **N° Documento de Identidad** 1084902029

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Lili Carolina cuellar

Fecha de registro cualitativo 07 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

El niño participa en las diferentes actividades
Participa con gestos Poco le gusta colorear
dice que leda mucha Pereza

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Lili Carolina Cuellar

Fecha de registro cualitativo Días Mes 08 Año 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

Julian com muchas capacidades le gusta Jugar
Siempre le gusta tener el control de los Juegos

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Lili Carolina Cuellar

Fecha de resgistro cualitativo 06 05 2025

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

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

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

Powered by CamScanner

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

Powered by CamScanner

...amiento:

...N DEL USUARIO

...uario: (X) Niño a entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

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

...umento ...dad: (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: 1084902029

Fecha nacimiento: 7 07 2020

Nombres: Dilan Julian

Apellidos: MUÑOZ VARGAS

...capacidad? ( ) Si (X) No

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

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

...es aplican: ( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Multiple ( ) 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

...DE RESIDENCIA DEL USUARIO

...nto residencia: HUILA

Municipio de residencia: OPORAPA

Zona:

Barrio:

Vereda: El Carmen

Dirección:

...ON DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

...o: (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: 1084896699

...s: Lucila

Apellidos: MUÑOZ VARGAS

País de nacimiento:

Fecha nacimiento: 23 03 1986

...electrónico:

Número de celular: 3133090640

Número de fijo:

...ACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

...a el registro en sistema?: ( ) Si ( ) No
...prematricula.icbf.gov.co

Nombre y Firma del padre, madre y/o acudiente: Lucila Vargas

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

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 JULIAN MUNOZ VARGAS

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1084902029	2025/02/01	2026/02/01

Muerte Accidental $10.000.000,00

Muerte $9.000.000,00

COBERTURAS:

Muerte Accidental
Gastos Médicos

seguros mundial®

#899 desde celular | BOGOTÁ 3270712 /3274713 | NACIONAL 01 8000 111 935

Powered by CamScanner

Huellas de Amor
Para Tu Vida

LEY DE PROTECCIÓN DATOS PERSONALES

estra 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 , 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 atos 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 gado.

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

rizo a la corporación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA, a realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, enamiento, 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 Lucia Vargas Marabel Identificado con CC 1.084.896.699 Expedida en Operapa Acudiente del menor Dilan Julian Muñoz Vargas Identificado con Registro Civil de Nacimiento Numero 1.084.902.029.

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.

Lucia Vargas M
Firma Usuario y/o Acudiente

LEY DE PROTECCIÓN DATOS PERSONALES

stra 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 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 tos 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 pado.

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

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

) 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.

) 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

) _____ Identificado con CC _____ Expedida en _____ Acudiente del menor _____ Identificado con Registro Civil de Nacimiento imero _____

DECLARO:

Toda la información suministrada es verdadera.
Conozco los derechos y las condiciones para el tratamiento de datos, incluyendo de manera enunciativa:
nocer 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 cargados del tratamiento.
nocer el uso que se le ha dado a mis datos personales, previa solicitud de la fundación.
ra efectos de ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir información, revocar la autorización, entre otros, podré acudir a HUELLAS DE IOR PARA TU VIDA como responsable del tratamiento de manera gratuita al Área de Gerencia, quienes estarán disponibles para la misma.

_____
Firma Usuario y/o Acudiente

Huellas de Amor
Para Tu Vida

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 Pajaritos en el cual labora la Madre Comunitaria Lili Carolina Cuellar 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 Julian Muñoz Vargas. 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 actividad 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 Escol una vez haya cumplido los cinco (5) años.
8) Informar a la Madre Comunitaria y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de hijo(a) al Hogar Comunitario, adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si cuenta con ellos).
9) Elegir o ser elegido en el comité de control o veedurías ciudadanas que se convoquen con fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por ICBF para la Modalidad Hogares Comunitarios de Bienestar.
10) Mantener relaciones interpersonales que promuevan la convivencia pacífica con los padre usuarios y con la Madre Comunitaria.
11) Cumplir con el pago de la cuota de participación, si esta ha sido acordada en Asamblea d 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 e pro de la calidad del servicio y de manera prioritaria se podrán invertir en la adquisición de Póliza de Seguro para los niños y niñas beneficiarios.
12) Informar al ICBF o a la Entidad Administradora del Servicio sobre situaciones que afecten e desarrollo integral o la permanencia de los niños y niñas en el Hogar Comunitario de Bienesta

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el 03 del mes Febrero del añ 2025, en el Municipio de Oporapa - Huila

Lucila Vargas Mazabel

Nombre y Firma del Padre (Madre) de Familia

Powered by CamScanner

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

utorización – Uso de la imagen de menor de edad:

uien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Dilan Julian Muñoz Vargas, identificado (a) con documento de identidad úmero 1.084.902029 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos ersonales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al stituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

utorización - Uso imagen del titular:

, Lucia Vargas Muñoz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con ocumento de identidad número 1.084.896697 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre otección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y vulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

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 Cortuellas, 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: Lucia Vargas M
Nombre: _____
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 03 - Febrero - 2025.
Municipio: _____

CLASIFICADA

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.084.902.029

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59233668

59233668

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE OPORAPA - COLOMBIA - HUILA - OPORAPA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MUNOZ	VARGAS

Nombre(s)

DILAN JULIAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes JUN Día 01	MASCULINO	B	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	15817620-3

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con líneas matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

VARGAS MAZABEL LUCILA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.084.896.699	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con líneas matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MUNOZ CABRERA ROBERT ERNEY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.084.897.203	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MUNOZ CABRERA ROBERT ERNEY

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.084.897.203	Robert erney muñoz c

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

Nombre y firma del funcionario que autoriza

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: **27/06/2025**

Ficha: **41503002520100000024**

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: DILAN JULIAN

Apellidos: MUÑOZ VARGAS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1084902029

Municipio: Oporapa

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **20/08/2019**

Última actualización ciudadano: **09/06/2020**

Última actualización via registros administrativos: **25/11/2023**

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **JHON JANIER SCARPETTA CALDERON**

Dirección: **Calle 5 No 6 - 79**

Teléfono: **311847898**

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

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

1. Por validacion 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
- MinEducacion - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluacion de la Educación
- ICETEX

Powered by CamScanner

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1084902029
NOMBRES	DILAN JULIAN
APELLIDOS	MUÑOZ VARGAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	OPORAPA

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	06/27/2025 08:51:37	**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

Powered by CamScanner

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

FS 13245469

SUR
Surcolombiana de Gas
Nit 800157177-1
Neiva Cr 10 6-27 Altico, Pitalito Cr. 1B 4-58, Mocoa Km 2 vía Pitalito, Puerto Asis Cr 19 14-28 Américas,Cel: 3123512890 / 3213753539 / 3163973186, Email

Código: 083123

somos Grandes contribuyentes, Responsables de IVA
solucion de Facturación Electónica DIAN No. 18764081751512 de fecha 18/10/2024,
sde No. 13049820 Hasta No.14264116 vigencia 18/10/2026

bre: LUCILA VARGAS MAZABEL
dula de ciudadanía 1084896699 9
ección: VRD EL MIRADOR 0630
io: VDA MIRADOR-EL CARMEN
nicipio: OPORAPA
dio de Pago:Consignación bancaria

Fecha y Hora de Generación: 18/12/2024 9:07 AM
Fecha de Validación DIAN: 18/12/2024 9:58 AM
Días Facturados: 30
Periodo Facturado: 11-nov-2024 / 10-dic-2024
Último Pago: 12-dic-2024 / 123130
Condiciones de pago:CREDITO 16 DIAS

TOTAL A PAGAR: $27,640

Pagar antes de:3-ene-2025

La orden de suspensión procederá en cualquier momento desde

4-ene-2025

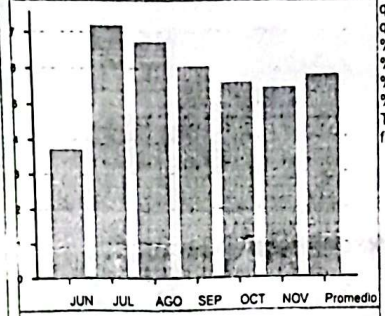
nto: 1
e de Uso: R
: 07
Medidor: 20180384421
: 0003700008350
ste: 0

Consumo mes: DICIEMBRE /
sa Cobro Prom.
ORMAL
ctura Anterior: 418.52
ctura Actual 423.63
nsumo M3: 5.11
ctor: 0.98
nsumo Corregido 5.01
po de Gas: GLP

TARIFAS DE CONSUMO POR RANGOS

Rango	Cons. M3	Vr. M3	Vr. Parcial
0 01-7.26	5.01	8716.09	43668

CONSUMOS ANTERIORES



Intereses por Mora % 1.7709 %

COMPONENTES TARIFARIOS

Gm: 2423.84
Tm: 2352.16
TVm: 702.67
%P: 2.12
Pm: 2.05
UR2198.83
UNR2198.83
CUfm: 4688.7
UR7796.12
UNR7796.12
q18716.09
q28689.43
%S1: 36.7
%S2: 20.91
%C5y6: 20
%CnoRes: 8.9
TRM: 0
fPC: 1

DESCRIPCIÓN DEL COBRO

Concepto	Valor	Atraso	IVA
CONSUMO	43668	0	0
SUBSIDIO	-16026	0	0
AJUSTE DECENA	-2	0	0

TOTAL IVA	0
TOTAL A PAGAR	$27,640

SALDO CRÉDITO VIGENTES

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

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

Señor Usuario, es importante que considere lo dispuesto en el artículo 130 de la Ley 142 de 1994 lo cual establece; la responsabilidad solidaria que existe en el pago de las obligaciones contraidas por alguna de las partes del contrato de prestación de servicios. SURCOLOMBIANA DE GAS S.A E.S.P vela por su seguridad y bienestar, por esta razón le informamos que su próxima REVISIÓN PERIÓDICA VENCE el 2028-06-02. El saldo acumulado CREG 048/20 del mes anterior es $253746 , su saldo acumulado CREG 048/20 actual es $247084.

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA	Código	Periodo Facturado	Pagar antes de:	TOTAL A PAGAR:
FS 13245469	083123	11-nov-2024 10-dic-2024	3-ene-2025	$27,640

(415)7709998013193(8020)0013245469(3900)0000027640(96)20250113

QR DIAN

CUFE e5232d31fd5b4d93a7c3c2d42d2cae0bd2d8e1bc833285ad25dee4207ce1e76b6178b62dc97d9abd19820e0121e9f268

- USUARIO -

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

- RECAUDADOR -

Cualquier inconformidad con este extracto favor comunicarla a la Revisoría Fiscal PricewaterhouseCoopers - PwC al buzón: sonia.rano@pwc.com

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.084.896.699

VARGAS MAZABEL
APELLIDOS

LUCILA
NOMBRES

Lucila Vargas
FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-MAR-1986
OPORAPA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

07-JUL-2005 OPORAPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMADBATRIZ BERGIFO LOPEZ

P-1905100-50140881-F-1084896699-20051004 02070 05277B 02 165248812

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.084.897.203

MUÑOZ CABRERA
APELLIDOS

ROBERT ERNEY
NOMBRES

ROBERT ERNEY MUÑOZ C
FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-ENE-1988
OPORAPA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	AB+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-SEP-2006 OPORAPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ REQUIFO LOPEZ

P-1905100-50153002-M-1084897203-20081129 05067 06333A 02 210357908

Powered by CamScanner

QUIEN SOY

Nombres y Apellidos: Dilan Julian muñoz vargas

Fecha de Nacimiento: 01 Día 06 mes 2020 año _____

Identificación: 1084902029 T. Sangre: B positivo

Nombre de mi Mamá: Lucila vargas Ocupación: ama de casa

Nombre de mi Papá: Robert Erney muñoz Ocupación: agricultor

Dirección: El Carmen Tel o Cel.: 3503611884

DATOS PERSONALES DE REGISTRO DE CRECIMIENTO

Información de Nacimiento:

Fecha de Nacimiento: DD 01 MM 06 AA 2020

Recién Nacido: Pretermino ____ Atermino X Edad Gestional ____

Embarzo: Único X Múltiple ____ No. de Gestaciones ____

Lugar que ocupa entre los hermanos 5

Peso 2960grs Talla 50 cms Perímetro Cefálico ____ cms

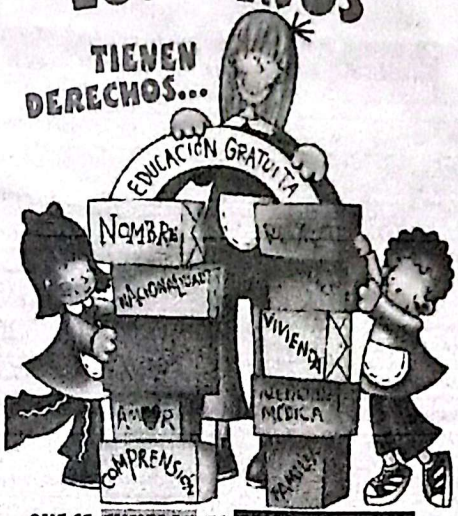
Tiene Hermano Menor: Si ____ No X Fecha de Nacimiento _____

Alimentación:

Edad introducción de alimentos diferentes a la leche materna _____

Edad en que suspende la lactancia materna Semanas _____ Meses _____

Powered by CamScanner



CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	Cumplio	
				SI	NO
2020	JUNIO.	25	9:30	✓	
2020	Septiem.	10	10:00	✓	
2020	Noviembre	17		MO. ✓	
2021	Febrero.	24	9:00	✓	
2021	Mayo	05	9:00	✓	
2021	octubre	22	9:00		
2022	Febrero	17	10:30	✓	
2022	Julio	13	10:30	✓	
2023	Febrero.	03.		✓	
2023	Junio.	29	9:50	MO.	
2024	Julio	19	7:40 AM.	Enf.	✓
2025	Julio	25	3:30 PM		

Índice de masa corporal
Niños de 5 a 18 años
IMC (kg/m²)
Edad (en meses y años cumplidos)
2
1
0
-1
-2
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Talla para la edad
Niños de 5 a 18 años
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN FAMILIAR
2
1
0
-1
-2
Talla (cm)
Edad (en meses y años cumplidos)

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer — Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida — Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

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

Valor reportado TSH:

Fecha verificación:

Profesional que verificó:

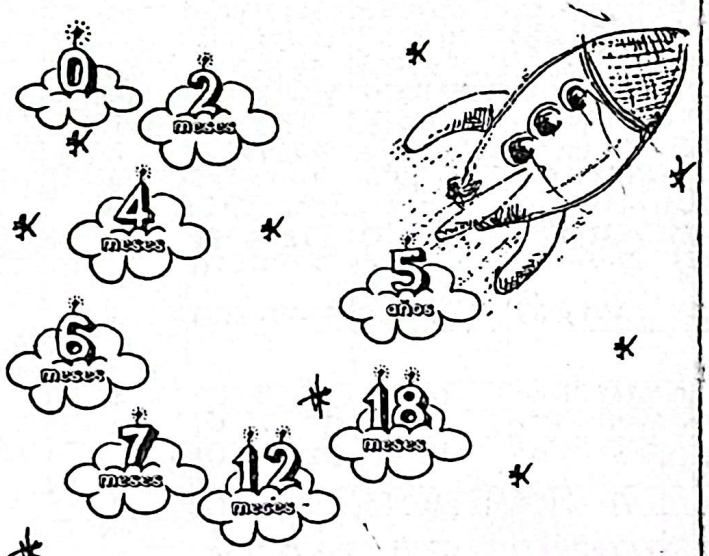
Exijalo

*3204259315 - Yemy Monotoya

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

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Dilan Julian Muñoz Vargas

Fecha de nacimiento: 1 Junio - 2020

Nº de certificado de nacido vivo: 158176 20-3

Registro civil: 1084902029

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 2.960 gramos

Dirección: V. El carmen

Teléfono: 3503611884

Responsable: Luzla vargas rozabel

Municipio de residencia: Palaa

Departamento: Huila

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas

PROSPERIDAD PARA TODOS

Powered by CamScanner

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación (Día Mes Año)	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita (Día Mes Año)	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva SÍ☐ No☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	01-06-2020	SERUM	037900751	Hosp San Antonio	— — —	DEIVY PEÑA
	Hepatitis B	Recién nacido	01-06-2020	SERUM	032900307E	Hosp San Antonio	01 08 20	DEIVY PEÑA
2 Meses	Lactancia materna exclusiva SÍ☐ No☐							
	Polio (Oral (IM))	1°	14-08-20	Bilthoven	IB10000-1A1			
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1°	14-08-20	Serum.	28894026E			
	Rotavirus	1°	14-08-20	GlaxO	ARALC263BB			
	Neumococo	1°	14-08-20	GlaxO	ASPNB243AA			
4 Meses	Lactancia materna exclusiva SÍ☐ No☐							
	Polio (Oral - IM)	2°	10-10-20	SanofiPastr	P3N461V			
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2°	10-10-20	Serum	28594025F			
	Rotavirus	2°	10-10-20	GlaxO	ARALCY28M			
	Neumococo	2°	10-10-20	GlaxO	ASPNB272BA			
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3°	17-12-2020	Sanofi	P3N461V	ESE D.M.M		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3°	17-12-2020	Serum	28594025F	ESE D.M.M.		
	Influenza	1°	26-6-21	Sanofi	V38871V	ESE D.M.M		Elizabeth C.
7 Meses	Influenza	2°	12-10-2021	SanofiPasteur	V38871V	ESE DMM		Manola Tello Tejo.
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1°	26-6-21	Serum	0280603A8	ESE D.M.M		Elizabeth C.
	Fiebre Amarilla	1°	11-12-2021	SanofiPasteur	T1555	ESE DMM		Yeimy Rojas.
	Neumococo	Refuerzo	26-6-21	GlaxO	ASPNB3360	ESE D.M.M		Elizabeth C.
	Influenza	Anual	13-07-22	GreenCross	V5022206	ESE DMM		Franci Antuna
	Hepatitis A	ÚNICA	26-6-21	Merck	T036268	ESE D.M.M		Elizabeth C.
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	11-12-2021	Serum	28601C098	ESE DMM		Yeimy Rojas
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	11-12-2021	Serum	1801P002	ESE MMM		Yeimy Rojas
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo	16-07-25	Bilthover	2423003			
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo		Serum	2333A043B	ESE		
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo		Serum	0133N121A	ESE		
Niñas 9 Años o más	VPH	1°						
	VPH	2°						
	VPH	3°						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	1	26-6-21	Merck.	T029075	ESE D.M.M		Elizabeth C.
	Sarampion y Rubeola	Refuerzo	11-12-2021	Serum	0129W230	ESE DMM		Yeimy Rojas
	Varicela	E	16-07-25	Merck	401BB66	ESE D.M.M		

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