





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.



Accidentes personales

**Protegemos
tus pasos**



Conoce nuestra red médica

Línea de atención

Línea nacional:

01 8000 112 684
en caso de accidente.

página web:

www.segurosmondial.com.co

N° Póliza:

2000505434

Tomador:

CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORBUUELLAS

Nombre de Asegurado:

ELIZABETH VALENZUELA CLAROS

ID Asegurado:

1084902137

Vigencia Desde:

2025/03/14

Vigencia Hasta:

2026/02/01

Muerte
Accidental

\$10.000.000,00

Gastos
Médicos

\$9.000.000,00

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

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

www.segurosmondial.com.co

Ciudad Oporapu
 Nombre completo de la niña o niño Elizabeth Valentela Cigros
 Fecha de nacimiento 07 11 2020 N° Documento de Identidad 1.034.902.137
 Sexo Masculino ☐ Femenino ☒ Fecha de inicio de atención en el año 03 02 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador lenith matabel molinaFecha de registro cualitativo 08 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

Elizabeth, es atenta, comparte con sus compañeros, se le conoce el claro, salta, corre, baila, narra historias, expresa sus emociones es una niña que le gusta mucho la exploración del entorno.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador lenith matabel molinaFecha de registro cualitativo 06 08 2025

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

Color de registro valoración cualitativa ☒

Perfil de desarrollo

Alerta ☐ Esperado ☒ Avanzado ☐

Observaciones generales

Elizabeth, es una niña que está pendiente de todo lo que le rodea conoce sus compañeros sabe sus gustos, le encanta jugar bailar es una niña muy amigable, es independiente le encanta la exploración.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador lenith matabel molinaFecha de registro cualitativo 08 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

Elizabeth es una niña muy independiente expresa sus emociones es cariñosa y muy tierna es una niña que le encanta pintar realiza todas las actividades sin dificultad

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

Valoración Qualitativa 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	
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5 6	4 5 6	7 8 9	10 11 12	13 14 15	16 17 18	19 20 21	22 23 24	25 26 27	28 29 30	31 32 33	34 35 36	37 38 39	40 41 42	43 44 45	46 47 48	49 50 51	52 53 54	55 56 57	58 59 60	61 62 63	64 65 66	67 68 69	70 71 72	73 74 75	76 77 78	79 80 81	82 83 84		
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	5 6	7 8	9 10	11 12	13 14	15 16	17 18	19 20	21 22	23 24	25 26	27 28	29 30	31 32	33 34	35 36	37 38	39 40	41 42	43 44	45 46	47 48	49 50	51 52	53 54	55 56	57 58	
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	5 6	7 8	9 10	11 12	13 14	15 16	17 18	19 20	21 22	23 24	25 26	27 28	29 30	31 32	33 34	35 36	37 38	39 40	41 42	43 44	45 46	47 48	49 50	51 52	53 54	55 56	57 58	
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5 6	4 5 6	7 8 9	10 11 12	13 14 15	16 17 18	19 20 21	22 23 24	25 26 27	28 29 30	31 32 33	34 35 36	37 38 39	40 41 42	43 44 45	46 47 48	49 50 51	52 53 54	55 56 57	58 59 60	61 62 63	64 65 66	67 68 69	70 71 72	73 74 75	76 77 78	79 80 81	82 83 84		
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10 11 12	13 14 15 16	17 18 19 20	21 22 23 24	25 26 27 28	29 30 31 32	33 34 35 36	37 38 39 40	41 42 43 44	45 46 47 48	49 50 51 52	53 54 55 56	57 58 59 60	61 62 63 64	65 66 67 68	69 70 71 72	73 74 75 76	77 78 79 80	81 82 83 84	85 86 87 88	89 90 91 92	93 94 95 96	97 98 99 100	101 102 103 104	105 106 107 108			
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10 11 12	13 14 15 16	17 18 19 20	21 22 23 24	25 26 27 28	29 30 31 32	33 34 35 36	37 38 39 40	41 42 43 44	45 46 47 48	49 50 51 52	53 54 55 56	57 58 59 60	61 62 63 64	65 66 67 68	69 70 71 72	73 74 75 76	77 78 79 80	81 82 83 84	85 86 87 88	89 90 91 92	93 94 95 96	97 98 99 100	101 102 103 104	105 106 107 108			

☒ = Procesos y subprocesos fundamentales

☐ = Procesos y subprocesos no fundamentales

LEY DE PROTECCIÓN DATOS PERSONALES

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

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

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

- 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 bebés lactantes, bajo el compromiso de mantener la confidencialidad de la información.

Yo Maria Arleidis Claros Mazabel 55 195 131 Expedida en
Clorinda Acudiente del menor Elizabeth Claros Identificado con Registro Civil de Nacimiento
Numero 1084902137

DECLARO:

- Toda la información suministrada es verdadera.
- Conozco los derechos y las condiciones para el tratamiento de datos, incluyendo de manera enunciativa: Conocer íntegramente y de forma gratuita mis datos personales o de mi hijo(a) o acudiente, así como actualizarlos y rectificarlos frente a la fundación o los encargados del tratamiento. Conocer el uso que se le ha dado a mis datos personales, previa solicitud de la fundación. Para efectos de ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir información, revocar la autorización, entre otros, podré acudir a HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA como responsable del tratamiento de manera gratuita al Área de Gerencia, quienes estarán disponibles para la misma.

Maria Arleidis Claros
Firma Usuario y/o Acudiente



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

En mi calidad de padre (madre) de familia, usuario(a) del servicio prestado por el ICBF en el Hogar Comunitario de Bienestar San José en el cual labora la Madre Comunitaria Lorel Maribel Molina 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): Elizabeth Valenzuela Claro. Para ello me comprometo a:

- 1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al Hogar Comunitario, teniendo en cuenta que es un servicio que me presta el Estado en el marco de la garantía de los derechos de los niños y las niñas.
- 2) Participar de las actividades que sean convocadas por la Madre Comunitaria, Integralidad, la Entidad Administradora del Servicio o el ICBF, con el fin de promover el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas.
- 3) Acompañar a mi hijo(a) a su llegada y salida segura del Hogar Comunitario, teniendo en cuenta el horario de atención establecido entre las 8:00 a.m. y las 4:00 p.m.
- 4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias entrego y recibo a mi hijo(a).
- 5) Entregar a la Madre Comunitaria, en un periodo inferior a dos (2) meses, los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a). Estos documentos son:
 1. Fotocopia de la cédula de los padres o responsables del niño.
 2. Fotocopia del registro civil del niño.
 3. Fotocopia del carné de vacunas.
 4. Fotocopia del carné de crecimiento y desarrollo
 5. Certificación de la clasificación del SISBÉN.

NOTA: En caso de contar con alguno de los documentos mencionados, informar a la Madre Comunitaria para activar la Ruta Interinstitucional que contribuya a garantizar una atención integral para mi hijo(a).

- 6) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) asista al servicio médico y demás actividades de promoción y prevención para lograr el mejor estado posible de salud.
- 7) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) transite al Sistema de Educación Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
- 8) Informar a la Madre Comunitaria y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a) al Hogar Comunitario, adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
- 9) Elegir o ser elegido en el comité de control o veedurías ciudadanas que se convoquen con el fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para la Modalidad Hogares Comunitarios de Bienestar.
- 10) Mantener relaciones interpersonales que promuevan la convivencia pacífica con los padres usuarios y con la Madre Comunitaria.
- 11) Cumplir con el pago de la cuota de participación, si esta ha sido acordada en Asamblea de Padres y si no pertenezco a una familia en situación de desplazamiento.
NOTA: Los recursos recaudados por concepto de la cuota de participación, serán invertidos en pro de la calidad del servicio y de manera prioritaria se podrán invertir en la adquisición de la Póliza de Seguro para los niños y niñas beneficiarios.
- 12) Informar al ICBF o a la Entidad Administradora del Servicio sobre situaciones que afecten el desarrollo integral o la permanencia de los niños y niñas en el Hogar Comunitario de Bienestar.

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el 03 del mes 02 del año 2025, en el Municipio de Oporapa.

arledis elaros.

Nombre y Firma del Padre (Madre) de Familia

Carrera 15 No.1-84 San Mateo – Teléfono: 8360320 -

8369220

Línea gratuita nacional ICBF 01 8000 91 8080

www.icbf.gov.co

Estamos cambiando el mundo

	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 Elizabeth Valenzuela Claros, identificado (a) con documento de identidad número 1084902137, 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 Arledis Claros Marabel, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 55195131, 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 Corbueles, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Corbueles HCB.

Suscriben:

Firma: Arledis Claros
Nombre: Arledis Claros
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3214527254
Fecha: 03-02-2025
Municipio: Norabá

¡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 1331 DE 2012.



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP

1.084.902.137

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

59233790

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒

Notaría ☐

Número ☐

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

L Z B

REGISTRADURÍA DE OFICINA - COLOMBIA - HUILA - OFICINA

Datos del inscrito

VALENZUELA

Primer Apellido

CLAROS

Segundo Apellido

ELIZABETH

Nombre(s)

Año 2020

Fecha de nacimiento

Mes NOV

Día 07

Sexo (en letras) FEMENINO

Grupo sanguíneo

POSITIVO

COLOMBIA HUILA PITALITO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

16/261000

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)

CLAROS MAZABEL MARIA ARLEDIS

Apellidos y nombres completos

CC 55.195.131

Documento de identificación (Clase y número)

COLOMBIA

Nacionalidad

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

VALENZUELA CARRERA ABELARDO

Apellidos y nombres completos

CC 1.084.896.066

Documento de identificación (Clase y número)

COLOMBIA

Nacionalidad

Datos del declarante

VALENZUELA CARRERA ABELARDO

Apellidos y nombres completos

CC 1.084.896.066

Documento de identificación (Clase y número)

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Fecha de inscripción

Año 2020

Mes DIC

Día 03

Nombre y firma del funcionario que autoriza

LIDA YANETH LEON RODRIGUEZ - REGISTRAR

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ABELARDO VALENZUELA

Firma

ABELARDO VALENZUELA

Nombre y firma

03.DIC.2020 - NO SE TOMAN HUILLAS POR PANDEMIA COVID-19.

ES COPIA FIDELAR DEL ORIGINAL
QUE REPOSA EN ESTA OFICINA
SE EXPIDE PARA DEMOSTRAR PARENTESCO
ART 118 DEC. 1260/70 Y ART. 10 DEC. 278/72

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Registro válido

A2

Fecha de consulta:

09/06/2025

Ficha:

41503004520300000208

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ELIZABETH

Apellidos: VALENZUELA CLAROS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1084902137

Municipio: Oporapa

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

05/09/2019

Última actualización ciudadano:

04/12/2020

Última actualización vía 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:

311847898

Correo Electrónico:

sisben@oporapa-huila.gov.co



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	1084902137
NOMBRES	ELIZABETH
APELLIDOS	VALENZUELA CLAROS
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	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 06/09/2025 15:59:37 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 Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos,

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
55.195.131

CLAROS MAZABEL
MARRIA ANLEDOIS

Claros Mazabel

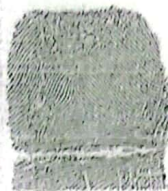


FECHA DE NACIMIENTO 16-NOV-1981
SALADOBLANCO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-JUL-2002 OPORAPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

05520 01232A 01 15585553

P-1905100-50100021-F-6055105131-20030620



QUIEN SOY

Nombres y Apellidos: Elizabeth Valenzuela Claros

Fecha de Nacimiento: Día 07 mes 11 año 2020

Identificación: 1084 902 137 T. Sangre: _____

Nombre de mi Mamá: Aleli's Hgib Ocupación: Amu de casa

Nombre de mi Papá: Abelino Valguero Ocupación: Aguceador

Dirección: El camen Tel o Cel.: 311 800 4304

DATOS PERSONALES DE REGISTRO DE CRECIMIENTO

Información de Nacimiento:

Fecha de Nacimiento: DD _____ MM _____ AA _____

Recién Nacido: Pretermino _____ Atermino _____ Edad Gestional _____

Embarzo: Único _____ Múltiple _____ No. de Gestaciones _____

Lugar que ocupa entre los hermanos _____

Peso _____ Grs Talla _____ cms Perímetro Cefálico _____ cms

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

Alimentación:

Edad introducción de alimentos diferentes a la leche materna _____

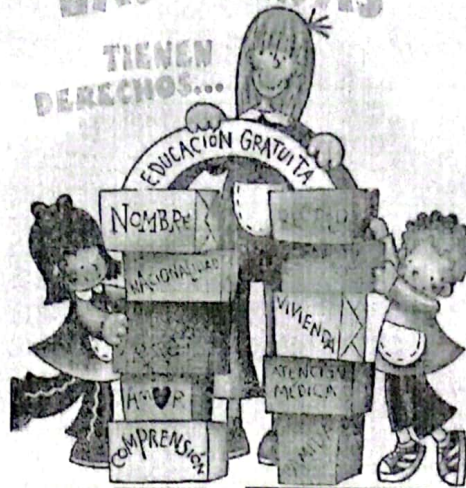
Edad en que suspende la lactancia materna Semanas _____ Meses _____



3142752916

ESTRUC

LAS NIÑAS
TIENEN
DERECHOS...



QUE SE CUMPLAN ES RESPONSABILIDAD
DE LOS ADULTOS

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DÍA	HORA	Cumplio	
				SI	NO
2021	enero	08	9:00	/	
2021	Marzo	03	09:00	/	
2021	Abril	15	8:00	/	
2021	Junio	02	9:00		
2021	Septiembre	8 9 meses	9:00		
2021	Agosto	25	9:00	✓	Cx Medica
2022	febrero	17	10:30		Cx Medica
2022	Agosto	23	10:45		
2023	Enero				

2023. Junio 14 10:19 Enfermera

Unicef el Centro 7706 marzo 2022

- Juega conmigo, desde muy pequeña entiendo que estás jugando cuando imitas sonidos de animales, haces gestos; cuando tomas un juguete y lo escondes y lo apareces nuevamente.
- Cuando me veas llorar, acércame pues tus manos alivian mi dolor, reduce mis temores y mis miedos.
- Permíteme explorar, recuerda que yo estoy empezando a conocer el mundo, necesito que tengas paciencia para que me expliques sus riesgos.

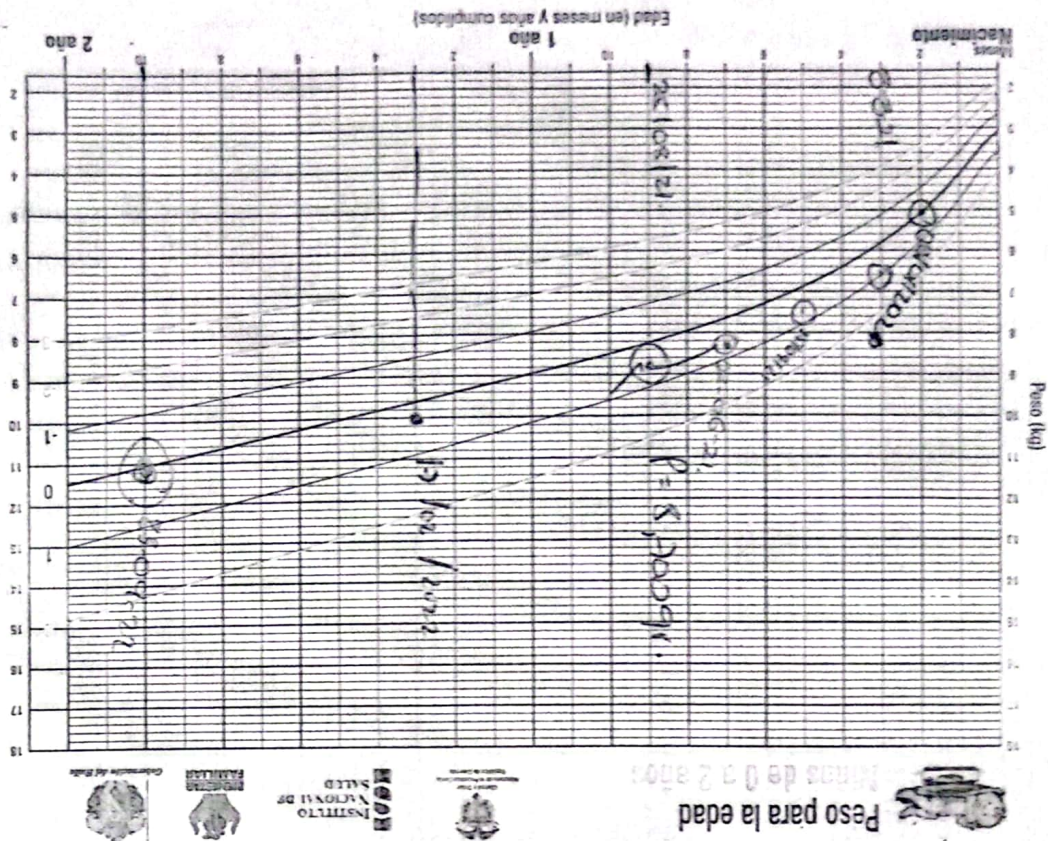
Su hija puede disfrutar en su infancia del calor de la relación que les brindan sus padres, hermanos, abuelos y otros parientes, teniéndolos como personas disponibles para su cuidado y protección, ligados a ella por un vínculo que genera placer mutuo. De esta forma tendrá más tarde confianza en sí misma y contará con desarrollo biológico, psicológico y social armónico.

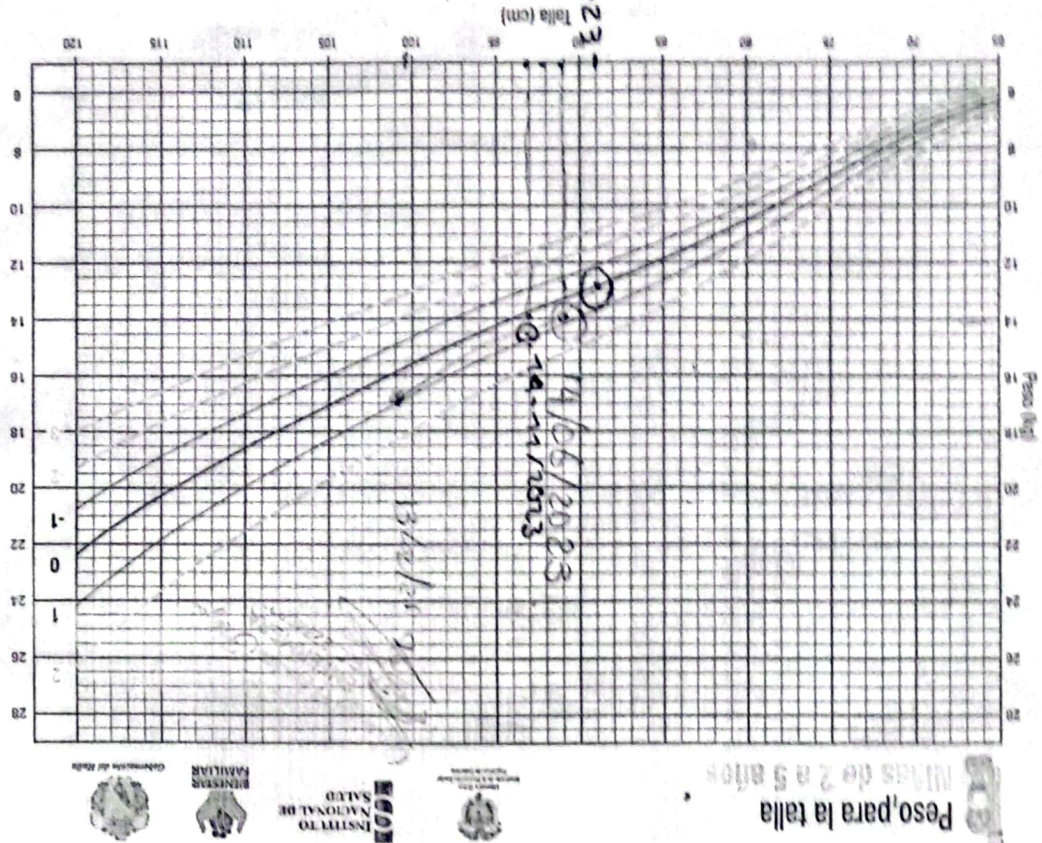
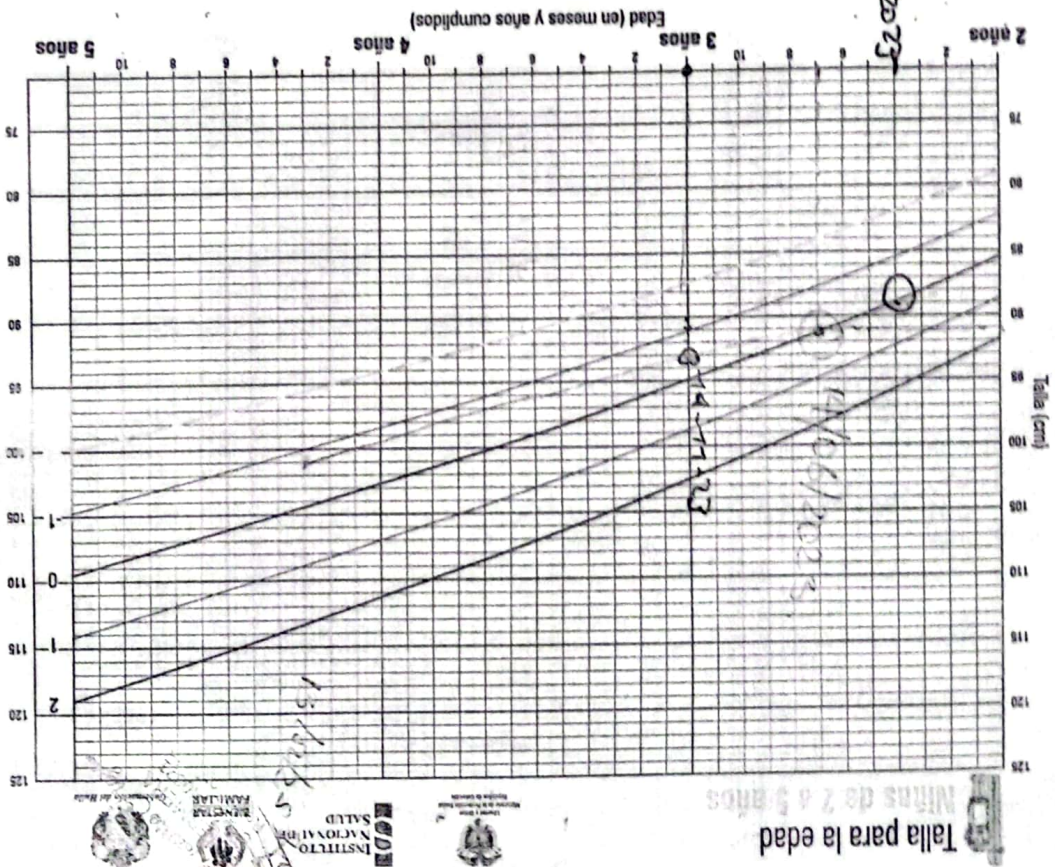
FORMULARIO DE REGISTRO

PC PD

Fecha de Toma de Medida	Edad en años y meses	Peso en Kilogramos	Talla en Centímetros	Evaluación
08/01/2021	2 meses	5.1 kg	57 cm	39 13
3-3-21	3 meses	6.8	60 cm	40 15
15-04-21	5 meses	7.5	64 cm	41.5 14
02-06-21	7 meses	8.3	69 cm	44 15
25-08-21	9 meses	8.7 kg	69 cm	46 16
12/01/2022	15 meses	10 kg	75 cm	49 15
23/01/22	21 meses	11.5 kg	84 cm	48 15
11/3-23	24 4 m	13 kg	89 cm	48 15
14/11/23	21 meses	14 kg	91 cm	48 15
11/11/23	3 A	14.5	93 cm	48 15

13-02/25 4-13 171 100.5 cm 500





PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer Fecha: PRIMERA CONTROL MEDICO
Durante el primer mes de vida Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA

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.

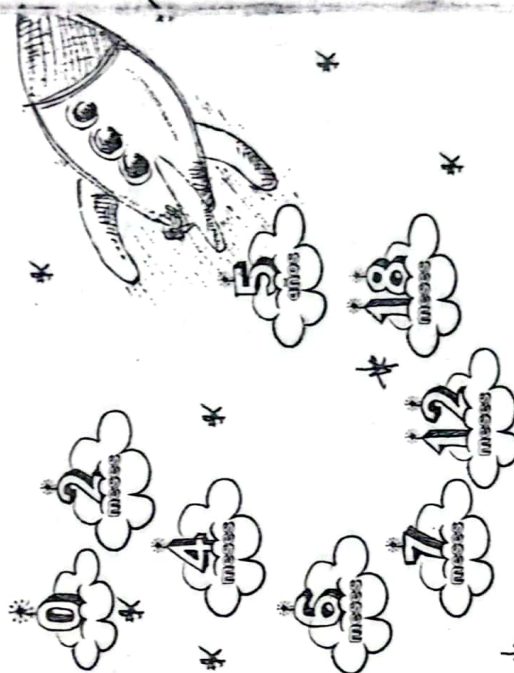
Valor reportado TSH: Fecha verificación: Profesional que verificó:

Exijalo

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



MinSalud

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN
Nombre: Elisabeth Valenzuela Carr
Fecha de nacimiento: 7. NOVIEMBRE 2020
Nº de certificado de nacido vivo: 160161080
Registro civil: 1001902133
Sexo: FEMENINO
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 21.960.931.000
Dirección: N. E. L. Carmen
Teléfono: 321.945.4337
Responsable: Mario Arleidis Flores A.
Municipio de residencia: OBANDO
Departamento: Huila

Arleidis Flores Mabel
C.C. 55195131

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROTECCIÓN
FAMILIAR

Registro Civil:

Nombre:

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación		Laboratorio	Numero de lote	IPS vacunadora	Fecha proxima cita		Nombre del Vacunador
			Día	Mes Año				Día	Mes Año	
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva Tuberculosis B.C.G. Hepatitis B	Si ☐ No ☐ Unica Recién nacido	07-11-2020	07-11-2020	DEUM	03796165	H San Antonio	-	-	DEUT PERA
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Polio (Oral - IM)	Si ☐ No ☐ 1*	08-01-2021	08-01-2021	Sonofi Pasteur	T3DB9W	ESE DMM	07	01-2021	DEUT PERA
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tétano (DPT)	1*	08-01-2021	08-01-2021	Serum	2850X008C	ESE DMM			
	Rotavirus	1*	08-01-2021	08-01-2021	Glaxo	AP01963AM	ESE DMM			
	Neumococo	1*	08-01-2021	08-01-2021	Glaxo	APN0288AM	ESE DMM			
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Polio (Oral - IM)	Si ☐ No ☐ 2*	19-03-2021	19-03-2021	Sonofi Pasteur	T3DB9W	ESE DMM	09	03-2021	Selena Gómez
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tétano (DPT)	2*	19-03-2021	19-03-2021	Serum	2850X008C	ESE DMM			Selena Gómez
	Rotavirus	2*	19-03-2021	19-03-2021	Glaxo	AP01963AM	ESE DMM			Selena Gómez
	Neumococo	2*	19-03-2021	19-03-2021	Glaxo	APN0288AM	ESE DMM			Selena Gómez
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.									
	Polio (Oral - IM)	3*	21-05-2021	21-05-2021	Sonofi Pasteur	T3DB9W	ESE DMM			Selena Gómez
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tétano (DPT)	3*	21-05-2021	21-05-2021	Serum	2850X008C	ESE DMM			Selena Gómez
	Influenza	1*	24-08-2021	24-08-2021	Sonofi Pasteur	V3887W	ESE DMM			Mayra Tilly Tilly
7 Meses	Influenza	2*	23-10-2021	23-10-2021	Sonofi Pasteur	V3887W	ESE DMM			Mayra Tilly Tilly
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1*	19-11-2021	19-11-2021	Serum	01270235	ESE DMM			Mayra Tilly Tilly
	Fiebre Amarilla	Refuerzo Anual	21-05-2022	21-05-2022	Sonofi Pasteur	V3887W	ESE DMM			Mayra Tilly Tilly
	Neumococo	Refuerzo Anual	21-05-2022	21-05-2022	Sonofi Pasteur	V3887W	ESE DMM			Mayra Tilly Tilly
12 Meses	Influenza	UNICA	19-11-2021	19-11-2021	Glaxo	APN0288AM	ESE DMM			Mayra Tilly Tilly
	Hepatitis A	1* Refuerzo	21-05-2022	21-05-2022	Serum	01270235	ESE DMM			Mayra Tilly Tilly
	Difteria - Tétano - Tétano (DPT)	1* Refuerzo	21-05-2022	21-05-2022	Serum	01270235	ESE DMM			Mayra Tilly Tilly
	Polio (Oral - IM)	2* Refuerzo	21-05-2022	21-05-2022	Serum	01270235	ESE DMM			Mayra Tilly Tilly
18 Meses	Polio (Oral - IM)	2* Refuerzo	21-05-2022	21-05-2022	Serum	01270235	ESE DMM			Mayra Tilly Tilly
	Difteria - Tétano - Tétano (DPT)	2* Refuerzo	21-05-2022	21-05-2022	Serum	01270235	ESE DMM			Mayra Tilly Tilly
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	21-05-2022	21-05-2022	Serum	01270235	ESE DMM			Mayra Tilly Tilly
	VPH	1*	21-05-2022	21-05-2022	Serum	01270235	ESE DMM			Mayra Tilly Tilly
5 Años	Difteria - Tétano - Tétano (DPT)	2*	19-05-2023	19-05-2023	Serum	0131N107B	ESE DMM			Mayra Tilly Tilly
Niñas 9 Años o más	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	19-05-2023	19-05-2023	Serum	0131N107B	ESE DMM			Mayra Tilly Tilly
	VPH	1*	19-05-2023	19-05-2023	Serum	0131N107B	ESE DMM			Mayra Tilly Tilly
	VPH	2*	19-05-2023	19-05-2023	Serum	0131N107B	ESE DMM			Mayra Tilly Tilly
	VPH	3*	19-05-2023	19-05-2023	Serum	0131N107B	ESE DMM			Mayra Tilly Tilly
Vacunas complementarias y otras dosis	Vacunas DR		19-05-2023	19-05-2023	Serum	0131N107B	ESE DMM			Mayra Tilly Tilly

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.



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE-MATRÍCULA 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: 03 02 2025.

INFORMACIÓN DEL USUARIO

Tipo de usuario: ☒ Niño/a entre 0 y menor de 5 años
☐ Persona Gestante

Tipo de vinculación: ☒ Usuario de nuevo ingreso
☐ Usuario de continuidad

Tipo documento identidad: ☒ Registro Civil ☐ Tarjeta de identidad ☐ Permiso de protección temporal
☐ Pasaporte ☐ Permiso especial de permanencia ☐ Partida o Acta de nacimiento
☐ Visa ☐ Tarjeta de movilidad fronteriza ☐ Sin documento

Número de documento: 1084992137.

Fecha nacimiento: 07 11 2020

Nombres: Elizabeth.

Apellidos: Valenzuela Clares

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

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

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

Indique cuáles aplican: ☐ Migrante ☐ Campesinado
☐ Firmante de paz ☐ Víctima del conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL USUARIO

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: Oporapu

Zona: Rural.

Barrio:

Vereda: El Carmén.

Sector:

Dirección:

INFORMACIÓN 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: 55175131

es: Maria Arledis

Apellidos: Clares Maza

País de nacimiento: Colombia.

Fecha nacimiento: 16 11 1981

Correo electrónico:

Número de celular: 324521154.

Número de hijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE-MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema?: ☒ Si
☐ No

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

Arledis.

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento es considerada 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 1712 DE 2012