CONTENIDO CARPETA INDIVIDUAL

- Fotografía del Participante.
- Fotocopia de registro civil (legible, sin tachones ni enmendaduras).
- Fotocopia de documento de identidad de la madre y/o padre y/o cuidador principal.
- Criterio de focalización. (Sisbén, certificado desplazado o indígena o acta de visita domiciliaria, etc.) Vigente
- Fotocopia de recibo publico vigente.
- Certificado de afiliación al SSGSS (certificado adres) actualizado cada 6 meses Vigente.
- Fotocopia de control de crecimiento y desarrollo.
- Fotocopia del esquema de vacunación.
- Fotocopia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique).
- Certificado de asistencia a consulta en salud bucal.
- Ley de protección de datos
- Acta de compromiso de padres.
- Autorización uso de imagen
- Escala de valoración cualitativa (EVCDI-R)
- Póliza



Huellas de Amor
Para Tu Vida


DINO
AUR
ROAR

Fecha de diligenciamiento: 13 | 04 | 2026

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

Tipo de vinculación: (X) Participante de nuevo ingreso ( ) Participante de continuidad

Unidad de Servicio sugerida: Mi Travesuras.

Tipo documento identidad: (X) Registro Civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Cédula de ciudadanía ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Cédula extranjería ( ) Sin documento **Nacionalidad:**

Número de documento: 1.084.902.424

Fecha nacimiento: 03 | 04 | 2022

Nombres: Adam Joel

Apellidos: Rodriguez Zuñiga

Presenta discapacidad? ( ) Sí (X) No

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

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

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

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

Indique cuales aplican: ( ) Migrante ( ) Campesinado ( ) Firmante de paz ( ) Víctima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: Oporapa

Zona: Rural

Barrio:

Vereda: X

Sector:

Dirección: Vereda Alto San Francisco

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (X) Madre ( ) Padre ( ) Cuidador/a

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Sin documento **Nacionalidad:**

Número de documento: 1.084.900.112

Nombres: Daniela

Apellidos: Zuñiga Carvajal

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 16 | 02 | 1996

Correo electrónico:

Número de celular: 3507219749

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Daniela ZC

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Alba Ord Zuñiga Scolpotta

Observaciones:

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

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.084.902.424

Indicativo Serial 59253918

59253918

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** L Z B

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

REGISTRADURIA DE OPORAPA - COLOMBIA - HUILA - OPORAPA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RODRIGUEZ	ZUNIGA

Nombre(s)

ADAM JOEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes ABR Día 03	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	172693774

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

ZUNIGA CARVAJAL DANIELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.084.900.112	COLOMBIA

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)

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ GUTIERREZ JAIRO ELIECER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.010.203.796	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ GUTIERREZ JAIRO ELIECER

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.010.203.796	Juan Rodriguez

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 2022 Mes ABR Día 11	LIDA YANETH LEON TOBAS - REGISTRA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Juan Rodriguez Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

11-ABR-2022 - NOSE TOMAN HUELLAS POR PANDEMIA COVID-19.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.084.900.112**

ZUÑIGA CARVAJAL

APELLIDOS

DANIELA

NOMBRES

DANIELA Z

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-FEB-1996**

OPORAPA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-FEB-2014 OPORAPA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1905100-00559475-F-1084900112-20140401 **0037**793306A 1 39698665

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 06/04/2026

Ficha: 41503030102060000 4510

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ADAM JOEL

Apellidos: RODRIGUEZ ZUÑIGA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1084902424

Municipio: Oporapa

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/11/2025

Última actualización ciudadano: 04/11/2025

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 validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

Código: 120664

FS 14506872

SURGAS
Surcolombiana de Gas S.A. E.S.P.
NIT: 8305 10717-1
Neiva: KM 3 vía al Sur, Pitalito: Cr 1B 4-58, Mocoa: Km 2 vía Pitalito, Puerto Asís: Cr 19 14-28, Cel: 3103157028, Email: atencionalusuario@surgas.com

No somos Grandes contribuyentes, Responsables de IVA
Resolucion de Facturación Electónica DIAN No. 18764099286921 de fecha 29/09/2025,
Desde No. 14264117 Hasta No.16904117 vigencia 28/09/2027

Nombre: BEATRIZ ZUÑIGA CARVAJAL
Cédula de ciudadanía 55062865 1
Dirección: VDA ALTO SAN FRANCICO 08
Barrio: VDA ALTO SAN FRANCISCO-OPORAPA
Municipio: OPORAPA
Medio de Pago: Consiganción bancaria

Fecha y Hora de Generación: 11/12/2025 4:07 PM
Fecha de Validación DIAN: 11/12/2025 4:09 PM
Días Facturados: 30
Periodo Facturado: 5-nov-2025 / 4-dic-2025
Último Pago: 3-dic-2025 / 77900
Condiciones de pago: CREDITO 21 DIAS

TOTAL A PAGAR: $37,890

Pagar antes de: 31-dic-2025

La orden de suspensión procederá en cualquier momento desde:

2-ene-2026

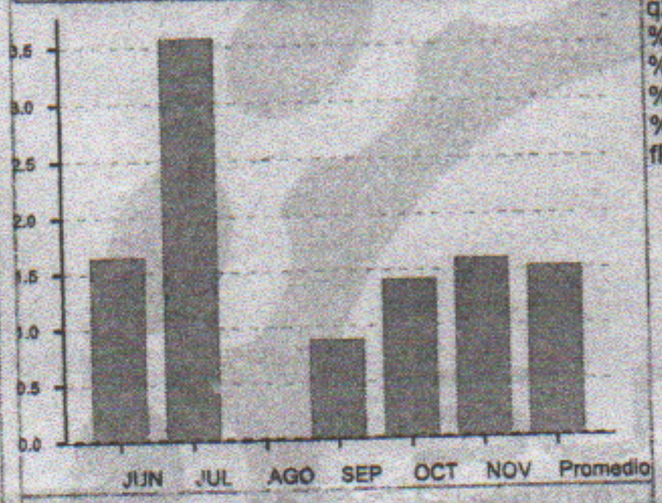
Estrato: 1
Clase de Uso: R
Ciclo: 01
No. Medidor: 202421064573
Ruta: 000100000650
Atraso: 0

Consumo mes: DICIEMBRE /
Causa Cobro Prom.
NORMAL
Lectura Anterior: 14.48
Lectura Actual: 15.88
Consume M3: 1.4
Factor: 0.98
Consumo Corregido: 1.37
Tipo de Gas: GLP

TARIFAS DE CONSUMO POR RANGOS

Rango	Cons. M3	Vr. M3	Vr. Parcial
0.01-7.26	1.37	14488.78	19850

CONSUMOS ANTERIORES



Intereses por Mora % 1.6783 %

COMPONENTES TARIFARIOS

Gm: 4133.55
Tm: 4321.38
TVm: 1372.38
Fv: 1.17
m: 2.05
%P: 1.26
Dur: 3836.85
Dunr: 1417.33
CUVur: 13789.8
CUVunr:
q2: 14535.36
%S1: 51.42
%S2: 39.09
%C5y6: 20
%CnoRes: 8.9
fPC: 1

DESCRIPCIÓN DEL COBRO

Concepto	Valor	Atraso	IVA
CONSUMO	19850	0	0
SUBSIDIO	-10207	0	0
AJUSTE DECENA	2	0	0
INSTALACION	28032	0	213
TOTAL IVA			213
TOTAL A PAGAR			$37,890

Total Ítems: 2

SALDO CRÉDITO VIGENTES

CONCEPTO	SALDO CAPITAL ANTERIOR	DESCRIPCIÓN CUOTAS FACTURADAS			NUEVO SALDO CAPITAL	CUOTAS PEND.	INT. %
		Capital	Int. Fin.	Valor Cuota			
CREDITO INTERNA	818759	15505	12527	28032	803254	38/48	1.53

Avisos NINGÚN COLABORADOR DE LA EMPRESA ESTÁ AUTORIZADO EN RECIBIR DINERO, POR FAVOR REALIZAR SUS PAGOS SOLO EN LOS PUNTOS DE RECAUDO AUTORIZADOS.

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 contraídas 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 2030-02-18.

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FS 14506872	Código 120664	Periodo Facturado 5-nov-2025 / 4-dic-2025	Pagar antes de: 31-dic-2025	TOTAL A PAGAR: $37,890

(415)7709998013193(8020)0014506872(3900)0000037890(96)20260108

QR DIAN

CUFE 76d0f3afe045e405919b8f977cba0381a03f0fb8d13ff3dedc36fd4c5d1be607249e4024e4ebef2c7d4b6cccae74f0cf

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

- USUARIO -
VIGILADO POR LA SSP SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS
- RECAUDADOR -
Este factura hecha mérito ejecutivo según Art. 130 Ley 142 de 1994

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	1084902424
NOMBRES	ADAM JOEL
APELLIDOS	RODRIGUEZ ZUÑIGA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	OPORAPA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	26/09/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	04/06/2026 14:09:39	**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

QUIEN SOY

Nombres y Apellidos: Adam Joel Rodriguez Zuñiga

Fecha de Nacimiento: 03 Día 04 mes 2022 año _____

Identi□ cación: 1084902424 T. Sangre: A+

Nombre de mi Mamá: Daniela Ocupación: Financiera

Nombre de mi Papá: Jairo Ocupación: Automotriz

Dirección: Alto San Francisco Tel o Cel.: 3507219749

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__X__ Fecha de Nacimiento _____

Alimentación:

Edad introducción de alimentos diferentes a la leche materna _____

Edad en que suspende la lactancia materna Semanas _____ Meses_____

LOS NIÑOS TIENEN DERECHOS...



QUE SE CUMPLAN ES RESPONSABILIDAD DE LOS ADULTOS

CITAS PROGRAMADAS

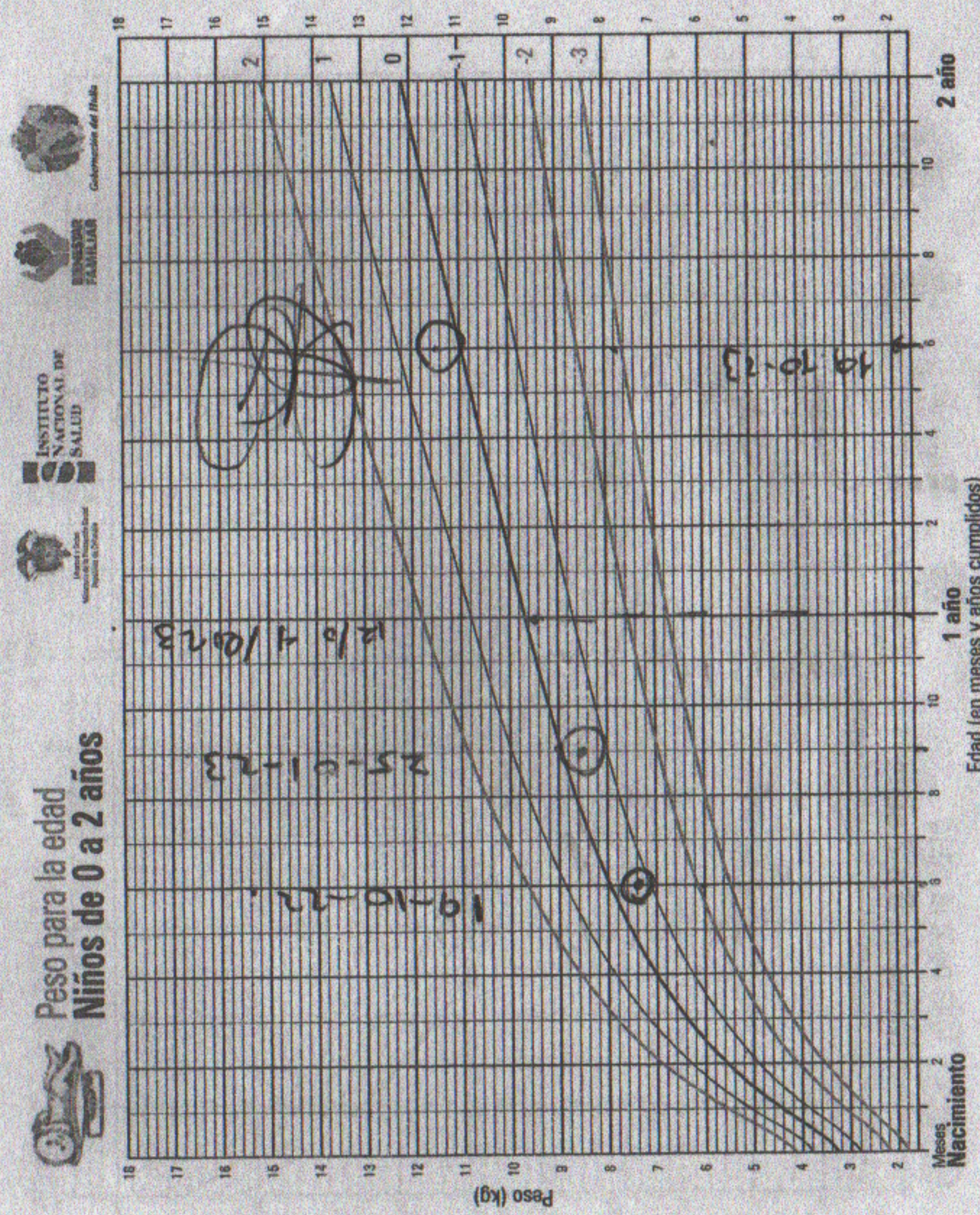
AÑO	MES	DIA	HORA	Cumplio	
				SI	NO
2023	Abril	12	10:20	Mulleres	
2023	Oct.	19		Si	

- Juega conmigo, desde muy pequeño 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, acaríciame 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.

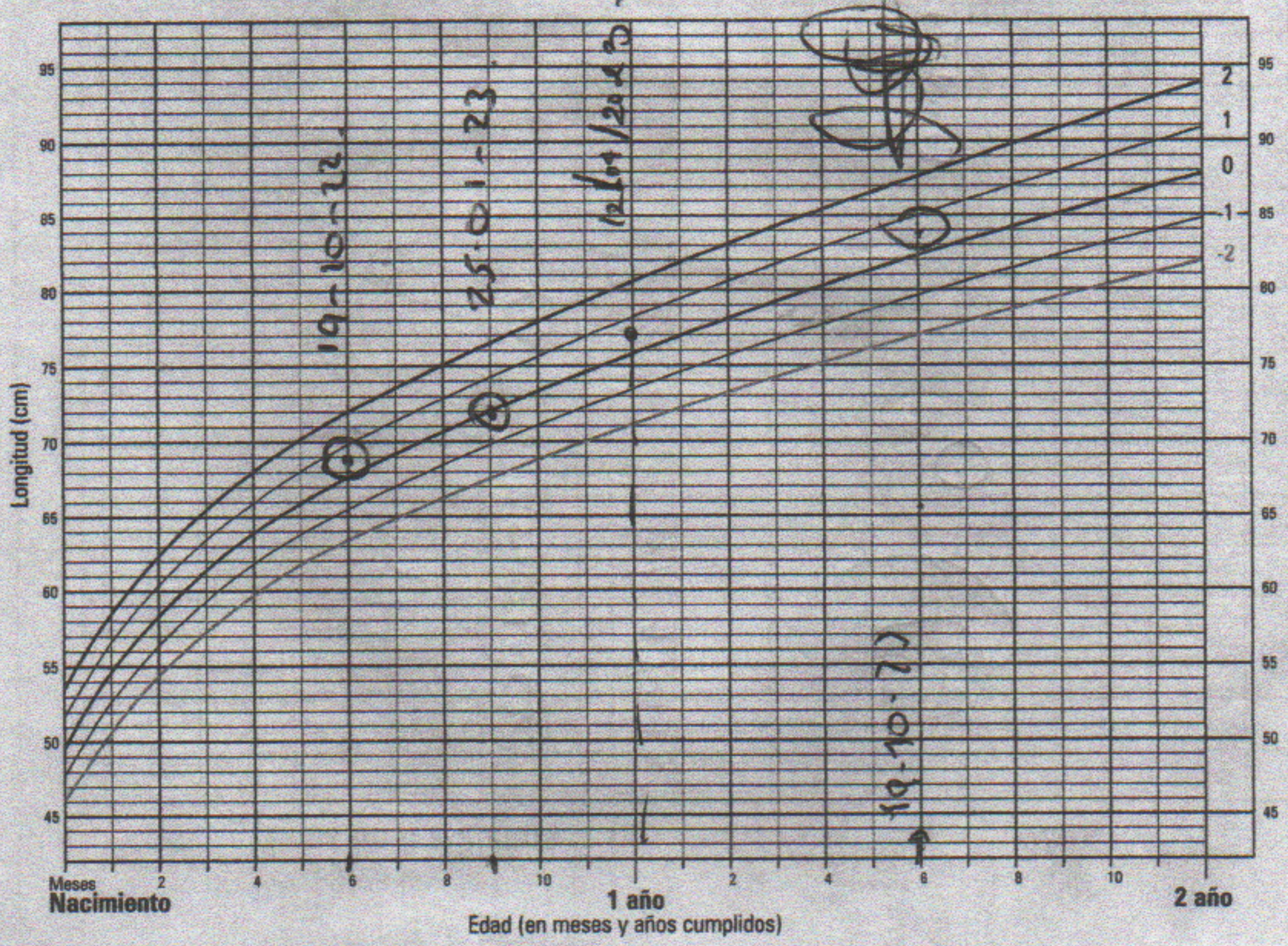
Su hijo puede disfrutar en su infancia del calor de la relación que les brinden sus padres, hermanos, abuelos y otros parientes, teniéndolos como personas disponibles para su cuidado y protección, ligados a él por un vínculo que genera placer mutuo. De esta forma tendrá más tarde confianza en sí mismo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

FORMULARIO DE REGISTRO

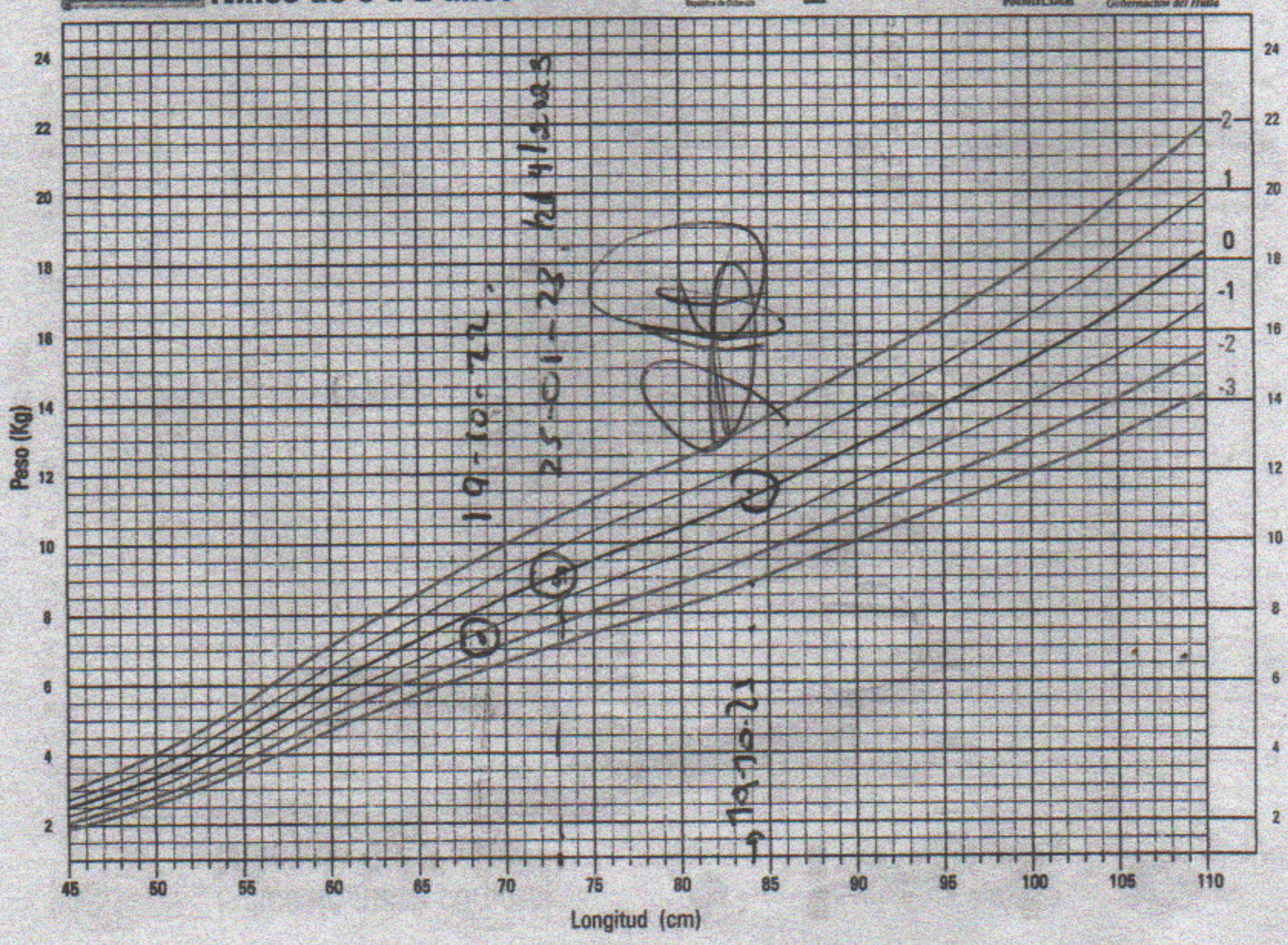
Fecha de Toma de Medida	Edad en años y meses	Peso en Kilogramos	Talla en Centimetros	Evaluación
19-10-22	6 meses	7,46	68,5 cm PC 44	PB 13,5.
25-01-23	9 meses.	8,57	73.cm. PC 16	PB 15 .
28-04-23	12 mes	PESO: 9.34	T: 77 PC: 46	PB: 15.5
19-10-23	18 M	11,42kg	T: 84cm PC: 48	PB 15 IMC 16,2
30-01-24	2 A	13,71kg	90 PC 49.8	PB 16,4
15-11-2025	3 AÑOS	15.2 kg	102 PC 51	PB 16



Talla para la edad
Niños de 0 a 2 años

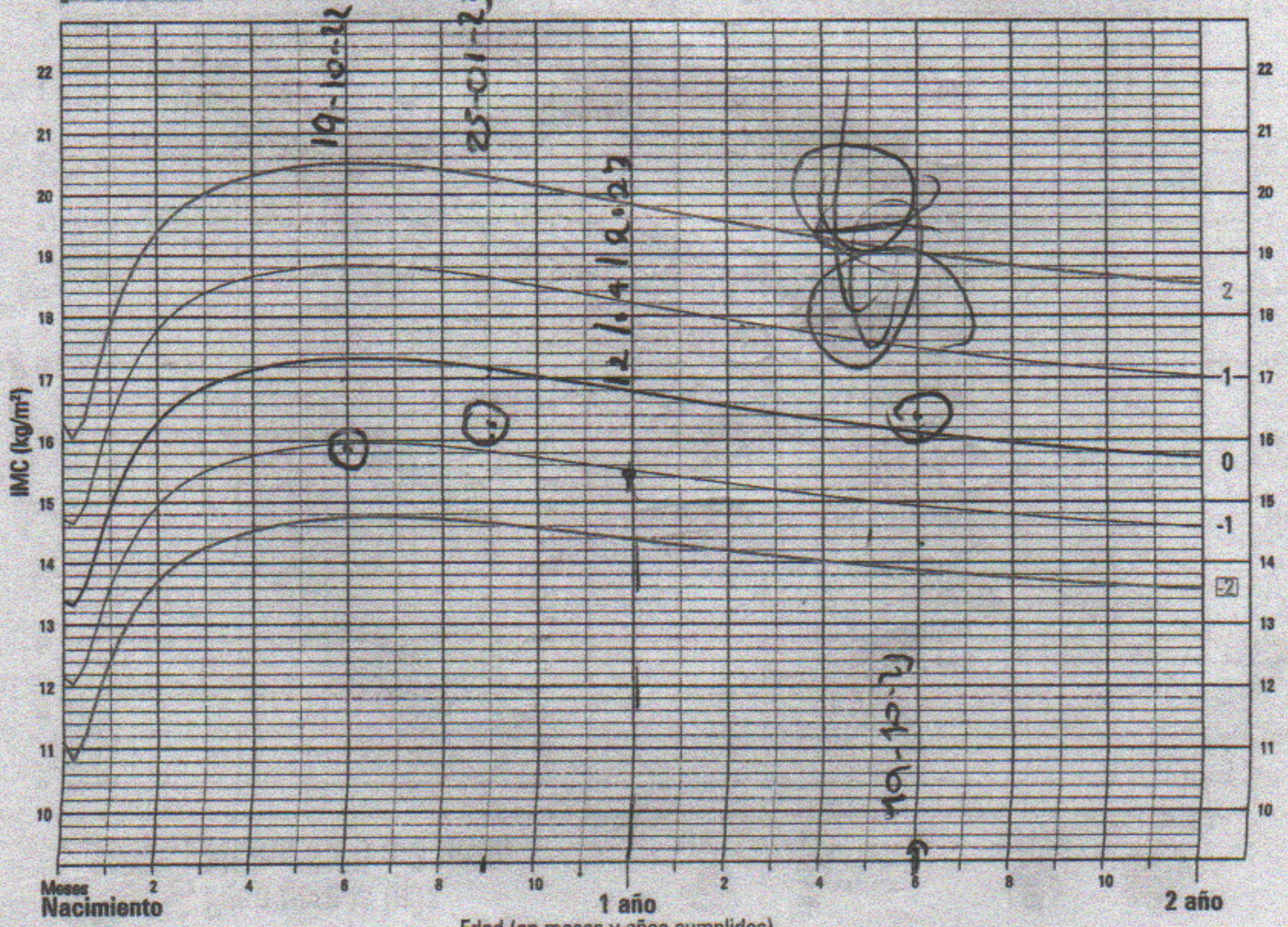


Peso para la talla
Niños de 0 a 2 años



Índice de masa corporal
Niños de 0 a 2 años

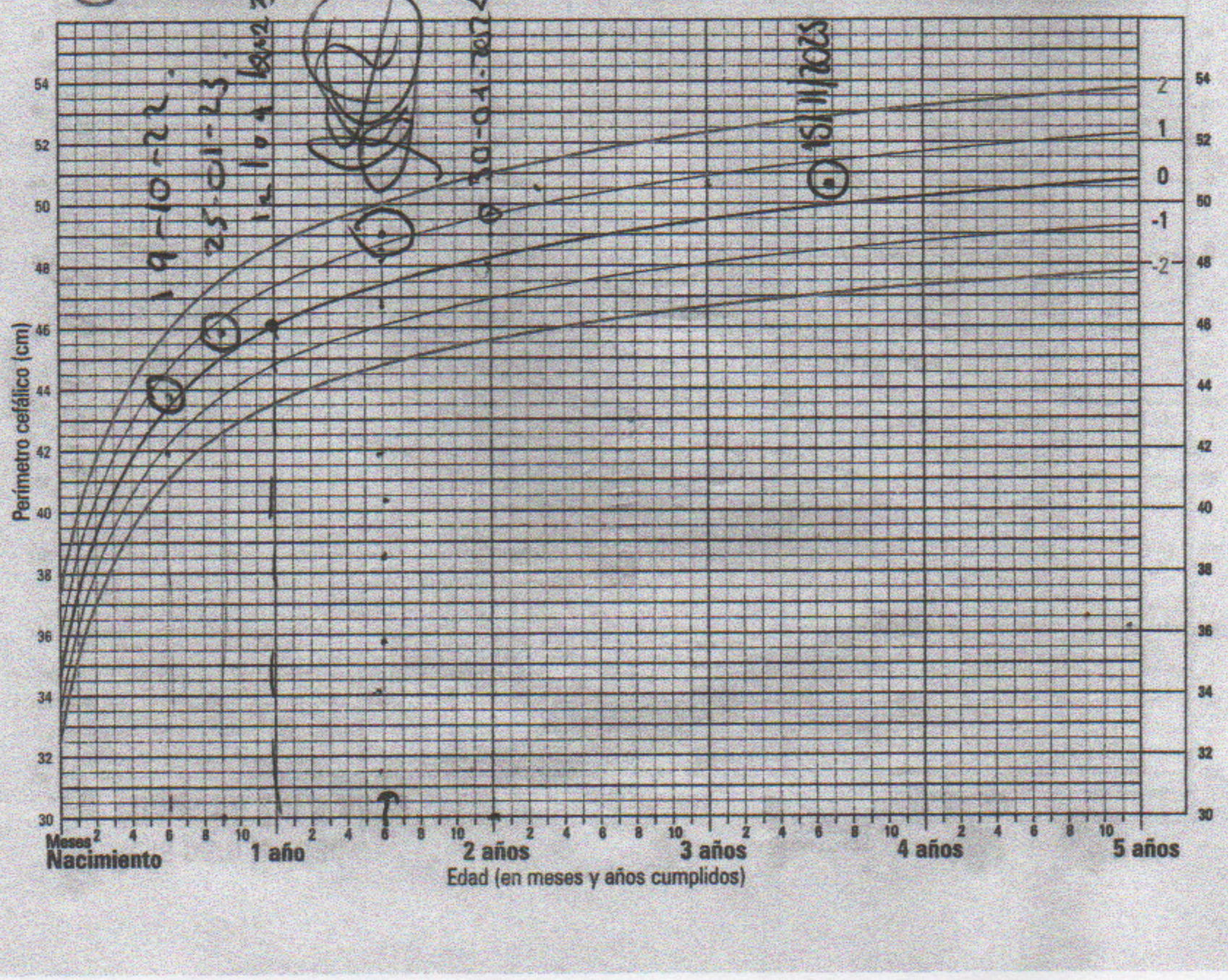
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD · BIENESTAR FAMILIAR · Gobernación del Huila



Edad (en meses y años cumplidos)

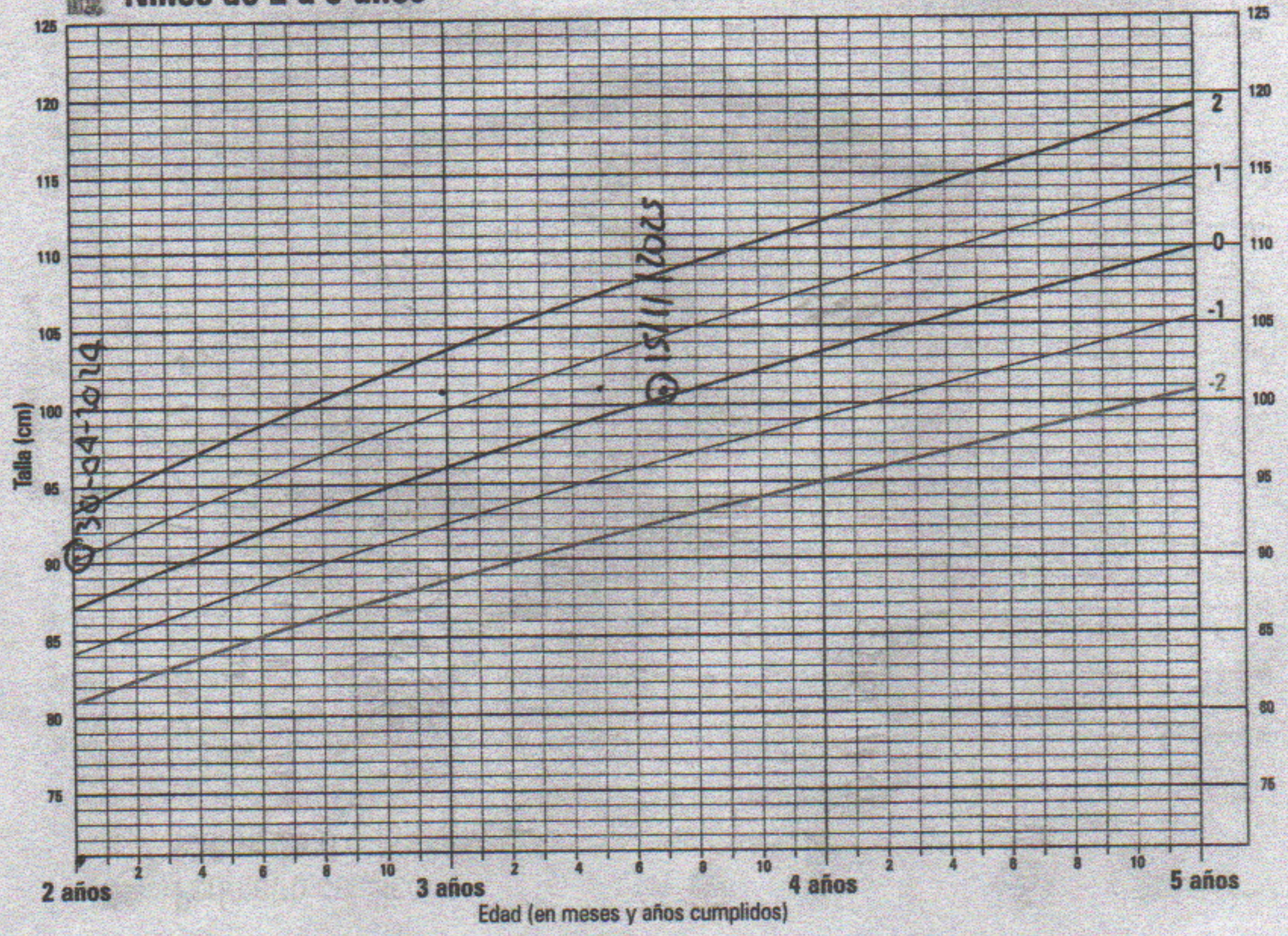
Perímetro cefálico
Niños de 0 a 5 años

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD · BIENESTAR FAMILIAR · Gobernación del Huila

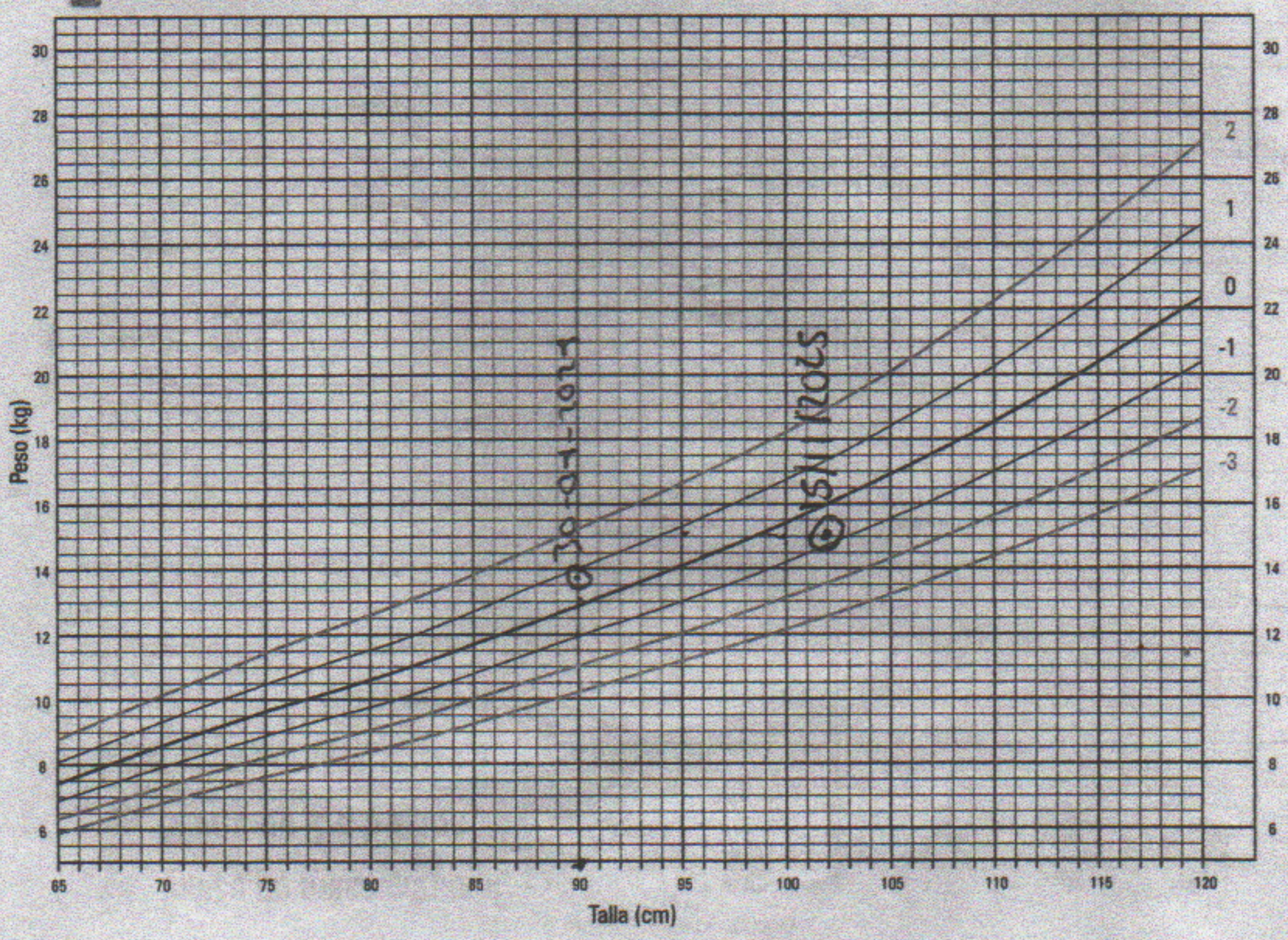


Edad (en meses y años cumplidos)

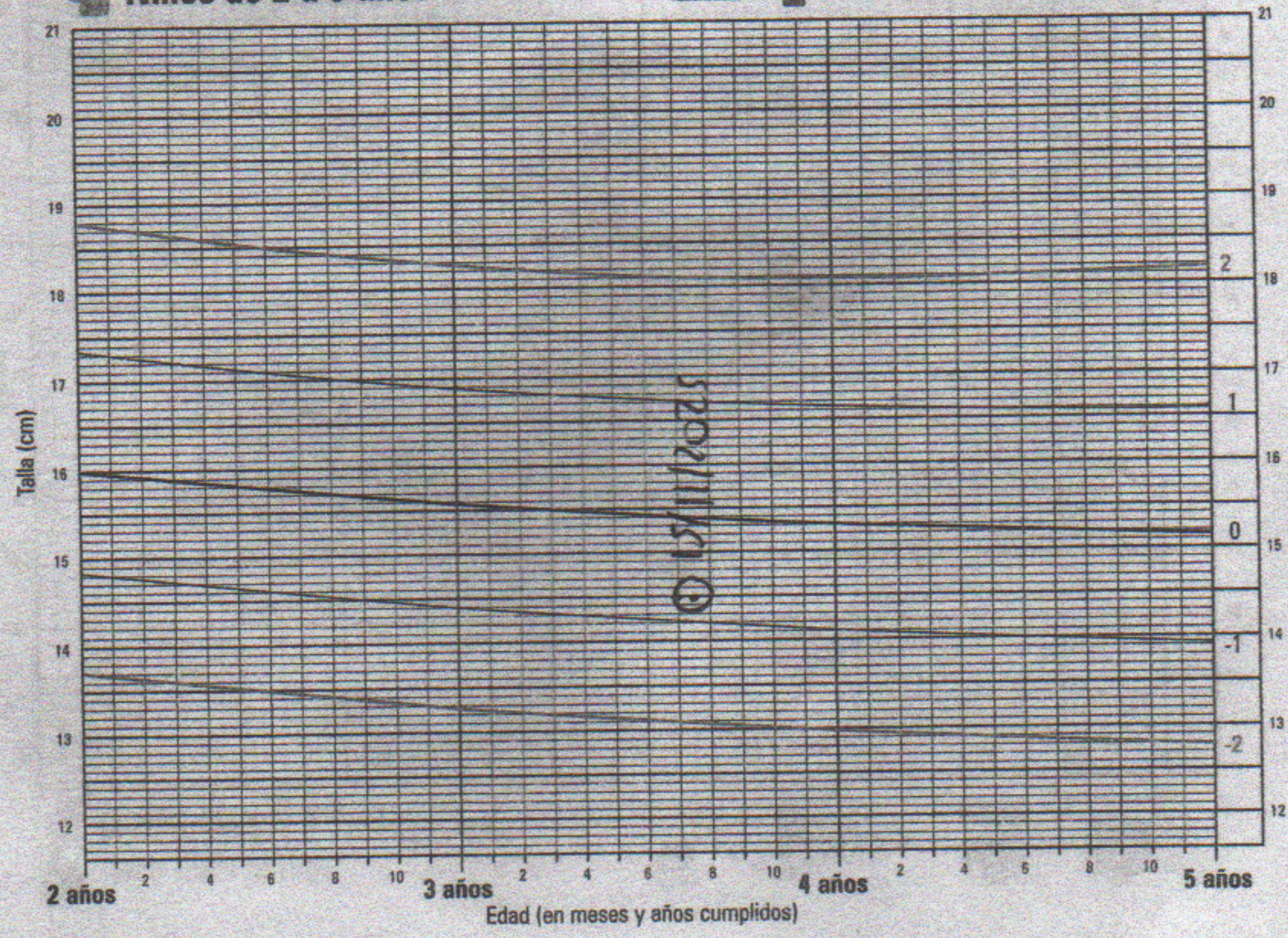
Talla para la edad
Niños de 2 a 5 años



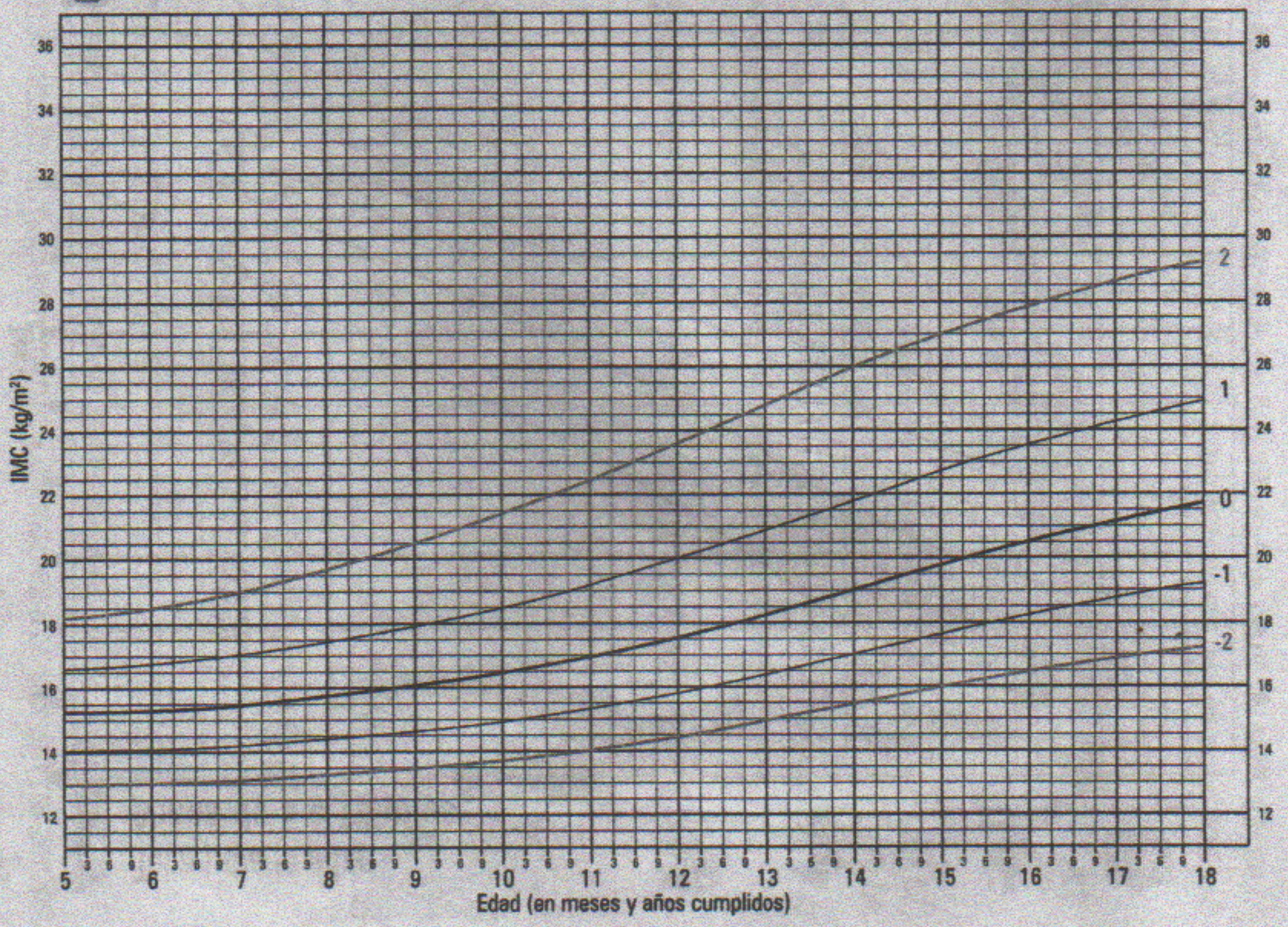
Peso para la talla
Niños de 2 a 5 años



Índice de masa corporal
Niños de 2 a 5 años



Índice de masa corporal
Niños de 5 a 18 años



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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

	D	M	A
1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

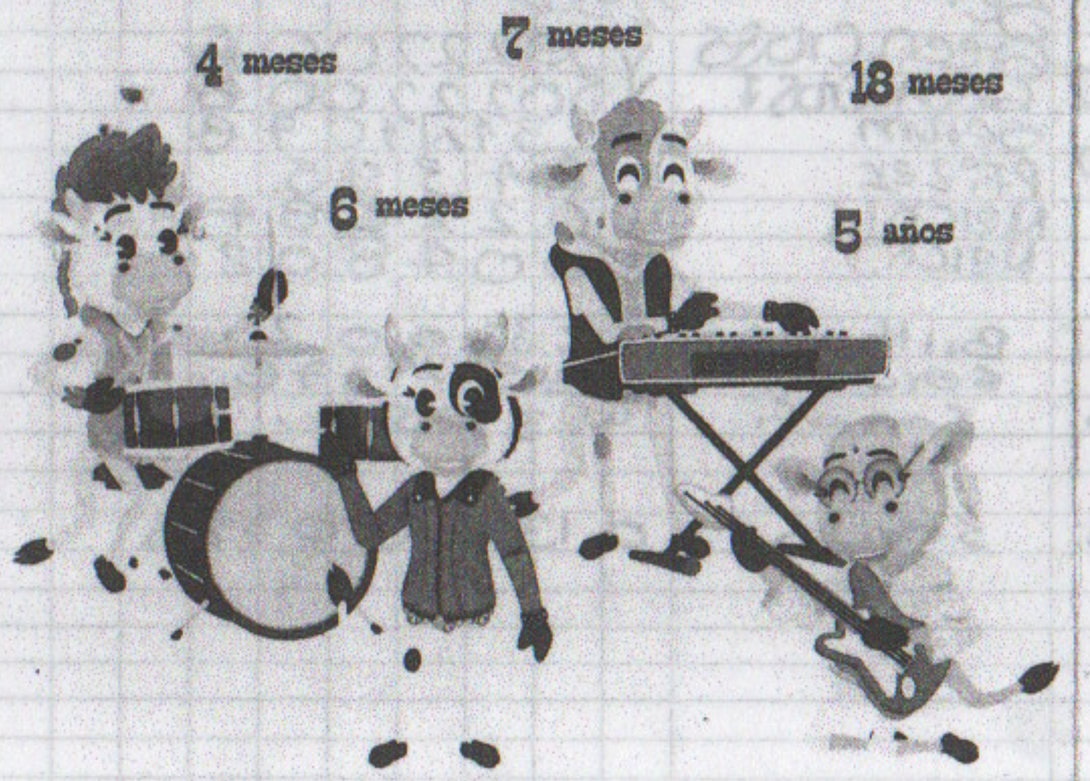
	D	M	A	SP	NO*
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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



Ministerio de Salud y Protección Social

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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Adam Joel Rodriguez

Fecha de nacimiento: 03 Abril 2022.

Nº de certificado de nacido vivo: 172693774

Registro civil: 1084902424

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: A+

Peso al nacer: 3080 gr Talla: 49

Dirección: Cra 33 Sur #41A-70

Teléfono 1: 3507219749

Teléfono 2:

Responsable: Panida Zuñiga Carvajal

Municipio de residencia: Bogota

Departamento: Cundinamarca

1084900112

Barrio: Ingles

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos:

Tipo identificación:

No. ID:

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Dia	Mes	Año	Laboratorio	Numero de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Dia	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
Recién nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	3	4	22	Serum	03706110	H. San Ant.	—	—	—	Mayeli Muñoz
	Hepatitis B	Recién nacido	3	4	22	Serum	03201D	H. San Ant	03	06	22	Mayeli Muñoz
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	06 JUN 2022			Bilthoven	21150067	Compensar 30	María del Pilar Baena Vacunación			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	06 JUN 2022			Serum	285 1X007C	Compensar 30				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	06 JUN 2022			Serum	285 1X007C	Compensar 30	María del Pilar Baena Vacunación			
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	06 JUN 2022			Serum	285 1X007C	Compensar 30				
	Diarrea por rotavirus	1.ª	06 JUN 2022			Glaxo	ARDLD034AB	No Compensar 30	María del Pilar Baena Vacunación			
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	06 JUN 2022			Glaxo	ASPNB338KA					
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª				Bilthoven	21210074	EJE DAVID MOLINA MUÑOZ				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	06 Agosto 2022			Serum	285 1X007D					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª				Glaxo	ADOLD034AB					Magola Trujillo
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª				Glaxo	ASPNB342AA					
	Diarrea por rotavirus	2.ª										
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª										
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª				Bilthoven	21410174	EJE DAVID MOLINA MUÑOZ	06 octubre 2022			Magola Trujillo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	09 octubre 2022			Serum	285 1Y022B					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª										
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª				Green Cross	V5022200 6					
	Influenza estacional	1.ª	08 Nov 2022			Green Cross	V5022200 6	EJE DMM				
7 meses	Influenza estacional	2.ª										
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª				Serum	0131N107B					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	12 Abril 2023			Pfizer	FR4395	EJE DAVID MOLINA MUÑOZ				
	Varicela	2.ª				Merck	W022084					
	Hepatitis A	Única				Merck	W004802					
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	21	10	23	Bilthoven	22330002	EJE DMM.				Magola Trujillo
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	21	10	23	Serum	285 1Y037E	EJE DMM.				Magola Trujillo
	Fiebre amarilla	Única	21	10	23	Sanofi	W3D50	EJE DMM	03	04	2024	Magola Trujillo
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	21	10	23	Serum	0132N072B	EJE DMM				Magola Trujillo
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

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

Proxima cita: 8 Noviembre 2022 7 MESES

QuinarDent

Dra. Lorena Quinayas

CERTIFICADO ODONTOLÓGICO

Nombre del Paciente: Adam Juel Rodriguez Z.

Registro Civil / Tarjeta de Identidad: 1084902424

Diagnóstico: Estado de salud bucal Sano.

Observaciones: _____

Fecha: 13/04/2026

LORENA QUINAYAS ARGOTE
Odontóloga
Reg. Profesional: 28144
Cel 317 835 0087

Firma y Sello:

Dra. Lorena Quinayas

317 835 0087

Registro Profesional: 28144

LEY [illegible]OTECCIÓN DATOS PERSONALES

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

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

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

a) Para que la fundación pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Operador de Programas misionales del ICBF.
b) Facilitar los Documentos requeridos por los sistemas de información de las entidades autorizadas o las entidades gubernamentales que propenden por el desarrollo integral de las niñas y los niños de primera infancia, madres gestantes y bebes lactantes, bajo el compromiso de mantener la confidencialidad de la información.

DECLARACIONES DEL TITULAR

Yo Daniela Zuñiga Carvajal Identificado con CC 1.084-900.112 Expedida en Popayan Acudiente del menor Adam Juel Rodriguez Zuñiga Identificado con Registro Civil de Nacimiento Numero 1.084.902.424

DECLARO:

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

Daniela Zuñiga C.
Firma Usuario y/o Acudiente

Huellas de Amor
Para Tu Vida

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

BIENESTAR FAMILIAR

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ACTA DE COMPROMISO PARA PADRES DE FAMILIA MODALIDAD HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR VIGENCIA 2026

En mi calidad de padre (madre) de familia, usuario(a) del servicio prestado por el ICBF en el Hogar Comunitario de Bienestar Mis Travesuras en el cual labora la Madre Comunitaria Alba luz Zuñiga Scarpetta 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): Adam Joel Rodriguez Zuñiga. 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 13 del mes 04 del año 2026, en el Municipio de Dpoyapa.

Daniela Zuñiga C.

Nombre y Firma del Padre (Madre) de Familia

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	11/07/2024
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	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 Adam José Rodriguez Zuñiga, identificado (a) con documento de identidad número 1.084.902.424, 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, Daniela Zuñiga Carvajal, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.084.902.112, 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 CORHUEILAS, 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: Daniela Zuñiga C.
Nombre: Daniela Zuñiga Carvajal
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3507219749
Fecha: 13-04-2026
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.

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a 5 siempre

Ciudad Oporapa

Nombre completo de la niña o niño Adam Joel Rodriguez Zuñiga

Fecha de nacimiento 03 04 2022 N° Documento de Identidad 1-084-902-424

Sexo Masculino ⊘ Femenino ○ Fecha de 1er día de atención en el año 13 03 2026

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo Día Mes Año

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

Color de registro valoración cualitativa ____ Perfil de desarrollo
Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo Día Mes Año

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

Color de registro valoración cualitativa ____ Perfil de desarrollo
Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

Color de registro valoración cualitativa ____ Perfil de desarrollo
Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

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

seguros mundial®

Accidentes personales

Protegemos tus pasos



Línea de atención

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

Conoce nuestra **red médica**

Página web:
www.segurosmundial.com.co

N° Póliza: 2000695302

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

NombredeAsegurado: ADAM JOEL RODRIGUEZ ZUÑIGA

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1084902424	2026/04/06	2026/06/30

Muerte Accidental $5.000.000,00 | Gastos Médicos $4.000.000,00

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

Desde Bogotá: 3274712/13
Línea nacional: 018000111935
Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

www.segurosmundial.com.co