| CORPORACIÓN Huellas de Amor Para Tu Vida<br>NIT 900192801-0 | HOJA DE CONTROL<br>CARPETA BENEFICIARIO | VERSION: 002-2025 |
|---|---|---|
| NOMBRE | Alan David Bonilla Suns | |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 1026603614 | |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | 26-02-2025 | |

| DOCUMENTOS | SI | FOLIOS |
|---|---|---|
| **DOCUMENTOS PERSONALES** | | |
| Ficha de Matricula (con foto) | ✓ | |
| Acta de Compromiso de los Padres | ✓ | |
| Consentimiento Informado para fotos, videos, Traslado a entidad de salud. | ✓ | |
| Formato Veracidad información ficha de caracterización padres | ✓ | |
| Fotocopia de Registro Civil | ✓ | |
| Certificado de vulnerabilidad (Sisbén, desplazados, indígenas, red unidos) | ✓ | |
| Certificado EPS / Carnet de Salud / Adres | ✓ | |
| Fotocopia Carnet de Control de Crecimiento y Desarrollo | ✓ | |
| Fotocopia Carnet de Vacunas actualizado | ✓ | |
| Fotocopia del certificado de desparasitación | ✓ | |
| Certificación médica que conste que no posee enfermedades infecto-contagiosas. | ✓ | |
| Diagnostico medico en caso de niños o niñas con discapacidad. | N/A | |
| Certificado de consulta de salud oral para mayores de dos años | ✓ | |
| Certificado de agudeza visual para niños al cumplir los cuatro años | ✓ | |
| Certificado de tamizaje auditivo para niños menores de cinco años. | ✓ | |
| Fotocopia de Cedula de ciudadanía de los padres y acudiente | ✓ | |
| Fotocopia del recibo de servicio publico | ✓ | |
| Seguro de Accidentes Escolares (póliza) | ✓ | |
| **SALUD Y NUTRICION** | | |
| Asesoría nutricional | | |
| Seguimiento nutricional (Remisiones a entidades de salud e internas al área de salud y nutrición | | |
| **APOYO PSICOSOCIAL** | | |
| Procesos de Seguimientos Psicológicos (Seguimientos, Casos Especiales, ficha de discapacidad) (remisiones internas al área psicosocial) | | |
| Planes de intervención | | |
| **PROCESO PEDAGOGICO** | | |
| Seguimiento al desarrollo | | |
| Remisiones y Apoyos Pedagógicos | | |
| Sensibilización al tránsito a educación formal | | |
| **ACTA DE RETIRO** | | |

CORPORACIÓN
Huellas de Amor
Para Tu Vida

NIT 900192801-0

# FICHA DE MATRICULA

## UNIDAD DE SERVCIO: VILLA MERCEDES



**MUNICIPIO: NATAGA**

**NIVEL:**

| FECHA DE INGRESO: | | | NIVEL A QUE INGRESA |
|---|---|---|---|
| 26 | 02 | 2025 | |

| | |
|---|---|
| NOMBRE COMPLETO USUARIO | Alan David Bonilla Suns |
| NUMERO DE DOCUMENTO | 1.026.603.614 |
| CIUDAD Y FECHA DE NACIMIENTO | 20/08/2021 - Bogota. |
| EDAD | 3 años 5 Meses |
| DIRECCION DE RESIDENCIA | Vereda la pringamota |
| SEGUNDA DIRECCION | |
| TELEFONOS | 3229420979 |
| ESTRATO HOGAR | 1 |
| PUNTAJE SISBEN – No FICHA | B6 |
| CRITERIO DE FOCALIZACION | Sisbén |
| AFILIACION A SALUD | Nueva Eps -Subsidiado |
| NOMBRE DEL PADRE ( niñ@s) | Jan Carlos Bonilla Triana |
| OCUPACION | Empleado |
| NUMERO DE CONTACTO | 3132765613 |
| NOMBRE DE LA MADRE ( niñ@s) | Yency Carolina Suns Avirama |
| OCUPACION | Oficios varios |
| NUMERO DE CONTACTO | 3015100764 |
| NOMBRE ACUDIENTE | Yency Carolina Suns Avirama |
| OCUPACION | Oficios Varios |
| NUMERO DE CONTACTO | 3015100764 |
| EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: | Yency Carolina Suns Avirama |
| PARENTESCO | Mamá |
| TELEFONO | 3015100764 |
| AUTORIZACION PARA RECOGER (niñ@s) | Noelba Avirama Rivera |
| CEDULA | 26.473.954 |
| PARENTESCO | Tia |

Yency Carolina Suns Avirama
FIRMA ACUDIENTE / PADRE DE FAMILIA

Daniela A Rosive R
NOMBRE DOCENTE

FIRMA COORDINADOR

**CORPORACIÓN**
Huellas de Amor para mi Chiva

**NIT** 900192801-0

## ACTA DE COMPROMISO

Fecha 26-02-2025
Yo, Yency Carolina Suns Aurama Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía N° 1030547137 Expedida en Bogotá Padre, Madre y/o acudiente de Alan David Bonilla Suns Residente en el Municipio de Natagá en la Dirección Urda la Plingamosa Teléfono 3229420979 Representante legal del niño(a) me comprometo a:

1. Entregar la documentación requerida por la modalidad, cumpliendo r con los derechos del niño o niña contemplados en la Ley 1098 de 2006 (artículo 23, derecho a la salud) y verificación del cumplimiento del mismo a la docente mediante entrega de fotocopia del esquema completo de vacunación, controlesde crecimiento y desarrollo actualizados, constancia de que mi hijo asistió a medicina general para el chequeo completo al menos una vez al año, constancia odontológica que demuestre que conforme lo exige la Ley he llevado a mi hijo(a) a revisión oral, Certificado de desparasitación, fotocopia afiliaciónde mi hijo a ERS y/o EPS-S, fotocopia del registro civil que evidencie que mi hijo es ciudadano Colombiano.
2. Informar debidamente el cambio de domicilio o teléfono y mantener actualizada la información referente a los cuidadores y todo lo relacionado al niño-niña.
3. Participar de manera activa de los acompañamientos telefónicos que se realizan durante el mes, así mismo realizar y hacer la entrega de las actividades pedagógicas asignadas.
4. Participar de la capacitación mensual y poner en práctica los talleres que se trabajan porque son para mi bienestar y el de mi familia.
5. Actualizar los documentos de **CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, VACUNAS O CONTROLES U OTROS DOCUMENTOS QUE REQUIERAN ACTUALIZACION** y aportar dicha actualización a los docentes de la unidad de servicio.
6. Cuando se reactive el servicio Enviar a mi hijo(a) al CDI todos los días, salvo que se presente una novedad (Incapacidad Medica, Formula Médica y Excusa).
7. Recibir visita domiciliaria y atender las sugerencias dadas por las docentes para el desarrollo integralde mi hijo(a).
8. **Cumplir con los horarios de ingreso y egreso de la UDS**
9. **Procurar** la generación de condiciones que aseguren a mi hijo(a) desde la concepción, cuidado, protección, alimentación nutritiva y equilibrada, acceso a los servicios de salud, educación, vestuario adecuado, recreación y vivienda segura dotada de servicios de salud esenciales en su ambiente sano.
10. **Cumpliré con el derecho a la integridad personal.** Protegeré a mi hijo y evitare las acciones o conductas de maltrato infantil, toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluido los actos sexuales abusivos y la violación y en general todas las formas de violación o agresión sobre el niño, laniña por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona.
11. Proporcionar a mi hijo o hija las condiciones necesarias para que alcance una nutrición y una salud adecuada, que les permite un óptimo desarrollo físico, psicomotor, mental, intelectual, emocional y afectivo y educarles en la salud preventiva y en la higiene.

**FIRMA PADRE Y /O ACUDIENTE - CC:** Yency Carolina Suns A 1030547137

Yo Daniela Andreyi Nosiue Ramirez como docente me comprometo a cumplir los lineamientos del programa ICBF y normatividad vigente, así mismo velare por cumplir y hacer lo posible porque se cumplan los derechos de los niños y niñas a mi cargo.

**FIRMA DOCENTE** Daniela A Nosiue R

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA | F2.P2.CE | 15/07/2021 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN | Versión 4 | 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 Alan David Borilla Sims, identificado (a) con documento de identidad número 1026036714, 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, Yency Carolina Sims Aviama, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1030597137, 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, adolescentes y jóvenes 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, adolescentes y jóvenes, y 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 Huellas de amor para tu vida en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa CDI villa Mercedes sueños I.

**Suscriben:**

Firma: Yency Carolina Sims Aviama
Nombre: Yency Carolina Sims Aviama.
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3229420974.
Fecha: 26-02-2025
Municipio: Neiva (H)

**CORPORACIÓN**
Huellas de Amor
Para Tu Vida

NIT 900192801-0

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES O ACUDIENTES DE LOS BENEFICIARIOS PARA TOMA DE MATERIAL FOTOGRAFICO Y VIDEOS

FECHA: 26-02-2025

MUNICIPIO: Nataga (H)

UNIDAD DE SERVICIO: CDI VILLA MERCEDES SUEÑOS INFANTILES

YO, Yency Carolina Sus Aurama con CC 1030597137
Padre, acudiente o representante legal del niño /niña Alan David Bonilla Sus.
Con registro civil No 1026603614 Beneficiario del programa CDI institucional he sido informado acerca de la grabación de videos o toma de material fotográfico como evidencia de la práctica de encuentros grupales y visitas domiciliarias. Luego de haber sido informado(s) sobre las condiciones de la participación de mí hijo(a) en los videos o material fotográfico, resuelto todas las inquietudes y comprendido en su totalidad la información sobre esta actividad, entiendo que:

- La participación de mi hijo(a) en los video o material fotográfico no tendrán repercusiones o consecuencias en los beneficios participativos de los encuentros grupales en la unidad de servicio
- La participación de mi hijo(a) en los videos o material fotográfico no generará ningún gasto, ni recibiremos remuneración alguna por su participación.
- No habrá ninguna sanción para mí hijo(a) en caso de que no autoricemos su participación.
- La identidad de mi hijo(a) no será publicada y las imágenes y sonidos registrados durante la grabación de videos y material fotográfico no serán publicadas en redes sociales, se utilizarán únicamente como evidencia para informes pedagógicos, presentaciones ante el ICBF, socialización de los servicios de primera infancia y visitas domiciliarias.
- el agente educativo, auxiliar pedagógico, psicólogo o auxiliar de enfermería garantizarán la protección de las imágenes de mi hijo(a) y el uso de las mismas, de acuerdo con la normatividad vigente, durante y posteriormente al proceso de evaluación del docente. Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria
- Este material fotográfico y de video estará a cargo de la EAS.

**(X) DOY (DAMOS) EL CONSENTIMIENTO** **( ) NO DOY (DAMOS) EL CONSENTIMIENTO**

Yency Carolina Sus Aurama
FIRMA ACUDIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

CEDULA: 1030597137

# CORPORACIÓN

Huellas de Amor
Para Tu Vida

Dirección Carrera 1 B # 2-21, Barrio Quinche
Pitalito Tel: 836 3642

NIT 901192601-0

## *ACTA DE GRATUIDAD DEL SERVICIO*

***DIRIGIDO A:***

***PADRES DE FAMILIAS Y/O CUIDADORES DE NIÑOS Y NIÑAS***

**FECHA:** 26-02-2025

**NOMBRE UDS:** CDI villa Mercedes Sueños Infantiles

La modalidad institucional en su servicio centro desarrollo infantil (CDI), adscrito al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en convenio con la Entidad Prestadora del Servicio **CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA, *Contrato de aportes No 41002412025 Informa*** a la población beneficiaria que el servicio ofrecido es totalmente **GRATUITO.**

Cuyo objeto es: prestar el servicio en centro de desarrollo infantil (CDI) de conformidad con el manual operativo de la modalidad institucional, el lineamiento técnico para la atención a la primera infancia y las directrices establecidas por el ICBF, en armonía con la política de estado para el desarrollo integral de la primera infancia de cero a siempre.

En constancia firma:

Yeray Carolina Sus Aviroma

**FIRMA**
**NOMBRE PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE:** Yeray Carolina Sus Aviroma
**N° DOCUMENTO IDENTIDAD:** 1030547137

**CORPORACIÓN**
Huellas de Amor
Para Tu Vida

**NIT** 900192801-0

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**NOVEDADES EVENTUALES DE RIESGO INMINENTE DE SALUD DE UN NIÑO O NIÑA DURANTE LA PRESTACION DEL SERVICIO EN EL CDI**

**UDS:** CDI Villa Mercedes Sueños Infantil

**ACUERDO**

Yo, Yency Carolina Suns Aurama, identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. 1030547137 expedida en Bogotá, autorizo al encargado legalmente del Centro del Desarrollo Infantil Villa Mercedes Sueños I o a la persona que haga sus veces en el CDI para que se desplacen del CDI al Centro de Salud más cercano a mi hijo (a) Alan David Bonilla Suns del nivel _____ en el caso eventual que llegase a presentar una novedad de salud al interior del CDI.

Es de mi pleno conocimiento que mi hijo (a) se encuentra asegurado con la póliza estudiantil o en su defecto los administrativos del CDI se encuentran realizando la gestión.

Puedo dar fe que no he cancelado dinero alguno por este procedimiento y la entidad administradora es quien ha realizado la gestión.

En caso que el POS no cubra medicamentos o procedimientos la aseguradora o la entidad administradora hará la gestión pertinente.

En constancia, se firma a los 26 días del mes de Febrero de 2025.

**PADRE Y/O MADRE**

**NOMBRE:** Yency Carolina Suns Aurama

**FIRMA:** Yency Carolina Suns A

**C.C.** 1030547137

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br>FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES. | F17.MO12.PP | 11/05/2018 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 2 | Página 1 de 1 |

# FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Yency Carolina Suns Aviroma, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1030597131 de Bogotá, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Alan David Bonilla Suns, identificados con NUIP No. 1026 603614, usuario de la unidad de servicio Villa Mercedes Suenos I, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en _____, a los _____ días del mes _____ de 202( )

Datos del padre o acudiente de la/el/los niño(as)

Nombre: Yency Carolina Suns Aviroma

Firma: Yency Carolina Suns Aviroma

CC. No. 1030597131

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Daniela Andrea Rosero Ramirez

Firma: Daniela A Rosero R

CC. No. 1.024.473.253

| Huellas de Amor Para Tu Vida | CORPORACIÓN HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA - CORHUELLAS NIT 900192801-0 | CÓDIGO: AG-DC-001 |
|---|---|---|
| | Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024 / Fecha última modificación: 24 de febrero del 2024 | Versión: 1 |

## PACTO DE CONVIVENCIA

Yo Yeny Carolina Sua Auirama, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1030547131 expedida en Bogotá me comprometo a cumplir con mis deberes y obligaciones, si no cumplo con esto acepto las acciones contempladas por la EAS y/o en este documento y las correspondientes a mis obligaciones como cuidador o padre de familia impuestas en la Ley 1804 de Primera Infancia, estos deberes fueron propuestos y aceptados al momento de ingresar a la Política de estado para la Atención Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre, Modalidad institucional, servicio centro de Desarrollo Infantil, el día 25 mes 03 del año 2025, para constancia al final firmo con número de cédula.

## DEBERES Y OBLIGACIONES QUE DEBO CUMPLIR COMO PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR, COMO USUARIO DE LA MODALIDAD INSTITUCIONAL - CDI EN EL MUNICIPIO DE NATAGA.

a) Cumplir con la documentación como lo son los documentos de identidad tipo Registro civil paralos niños y niñas. Controles de vacunas ycrecimiento actualizados, certificado de afiliación a salud, certificado de Sisbén o según criterio de focalización, números de teléfonos y direcciones dedomicilios actualizados.
b) Participar de las actividades propuestas para cada semana.
c) Contribuir con la construcción de un clima de respeto, tolerancia y responsabilidad hacia el talento humano.
d) Los usuarios al regreso a la presencialidad deben asistir de lunes a viernes, garantizando el servicio de 8 horas diarias, para dar cumplimiento a las actividades pedagógicas.
e) Asistir en las fechas estipuladas por la EAS, a la toma de datos antropométricos, por parte del padre, madre o acudiente principal.
f) Realizar las actividades programadas que se implementen a partir del proyecto pedagógico.
g) Permitir que ingresen a la vivienda y atender la visita del equipo interdisciplinario según la necesidad.
h) Cumplir con el horario de entrada y salida del centro de desarrollo infantil.
i) Traer al niño o niña aseado y con los elementos de bioseguridad correspondientes.
j) No realizar comentarios que dañen la imagen del programa, cualquier inquietud acercarse y preguntar directamente con el Talento Humano de la UDS.
k) Informar por escrito (excusa justificada) la no asistencia a la UDS.
l) Informar a la docente cuando el niño o niña se encuentren enfermo.
m) Cuando el niño o la niña presente fiebre, diarrea, gripe o este delicado de salud abstenerse de traerlo al centro de desarrollo infantil
n) Cuando el usuario tenga programada una cita de control de crecimiento y desarrollo, vacunación, cita médica y/o terapias informar a la docente y llevar excusa y soporte justificada por EPS, preferiblemente copia de la epicrisis de la atención y/o copia del carné de crecimiento y desarrollo, para flexibilización de los horarios al usuario en la UDS.
o) Para solicitar documentación de los niños, se le entrega única y exclusivamente al cuidador responsable al ingreso del programa.

p) Participar activamente en el desarrollo de las diferentes actividades transversales programadas en el marco del proyecto pedagógico.

q) Firmar acta de compromiso con la EAS, en caso de que no cumpla con las exigencias descritas en el Manual Operativo de la modalidad V7 y el no cumplimiento del deber como padre, madre o cuidador responsable.

r) Acepto que si fallo 3 (tres) veces en el mes, sin justa causa, puedo dejar de pertenecer a la "Política Publica de Cero a Siempre".

s) El servicio que se brinda a todas las familias usuarias del programa es ***totalmente gratis.***

t) Garantizar que quien entrega y recoge al niño o niña en el CDI sea una persona mayor de edad y esté autorizado en el formato de formalización del cupo con copia del documento de identidad en la carpeta del usuario.

u) No pertenecer a dos programas y/o modalidades del ICBF, independientemente de la modalidad.

v) Se prestará atención por parte del equipo de agentes educativas a los padres de familia en el horario de 7am a 7:30 am.

w) Respetar los horarios de atención que tienen la agente educativa y no escribirles de manera privada en horarios fuera de este, exceptuando casos o situaciones especiales que lo ameriten

x) Informar cuando se presenten cambios de domicilios o números telefónicos.

y) Evitar que los niños y las niñas lleven juguetes o cualquiera otro objeto que se puede llegar a perder, en caso de pérdida del algún objeto que no se ha solicitado con anterioridad por parte de la docente, el CDI se reserva el derecho de responder por el mismo.

z) No dar alimentos antes del ingreso a la Unidad de Servicio CDI

Comuníquese y cúmplase en el municipio de Yotoga (H) a los 25 días del mes de Marzo del 2025

FIRMA: Yeray Carolina Suns Auirama

C.C N°: 1030547137 DE Bogotá

DOCENTE: Daniela A Bosque R

AUXILIAR: Yeni Alexandra Torra Acosta

COORDINADOR (A): Claudia Marcela Vargas

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL — Adhesivo Copia Registro Civil 29298768-8

*61460637*

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**NUIP** 1.026.603.614 — **Indicativo Serial** 61460637

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

| Registraduria | Notaria | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código |
|---|---|---|---|---|---|---|
| X | | | | | | A 9 B |

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

REGISTRADURIA DE LOS MARTIRES BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA -

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| BONILLA | SUNS |

**Nombre(s)**

ALAN DAVID

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2021 Mes AGO Día 20 | MASCULINO | O | POSITIVO |

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 166141547 |

**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**

SUNS AVIRAMA YENCY CAROLINA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.030.597.137 | 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**

BONILLA TRIANA JAN CARLOS

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.106.712.318 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

**Apellidos y nombres completos**

BONILLA TRIANA JAN CARLOS

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1.106.712.318 | |

**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 2021 Mes AGO Día 25 | MIGUEL ELIAS PUMAREJO SANCHEZ - R<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

**Fecha de consulta:** 16/11/2025

**Ficha:** 41483006504200000223

A4

**Pobreza extrema**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** ALAN DAVID

**Apellidos:** BONILLA SUNS

**Tipo de documento:** Registro civil

**Número de documento:** 1026603614

**Municipio:** Nátaga

**Departamento:** Huila

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 11/09/2025

**Última actualización ciudadano:** 11/09/2025

**Última actualización via registros administrativos:**

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** VICTOR HUGO ARIAS ANDAPIÑA

**Dirección:** Carrera 8 No 2 - 43

**Teléfono:** 3156304407

**Correo Electrónico:** alcaldia@nataga-huila.gov.co

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 | 1026603614 |
| NOMBRES | ALAN DAVID |
| APELLIDOS | BONILLA SUNS |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | HUILA |
| MUNICIPIO | NATAGA |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | NUEVA EPS S.A. | SUBSIDIADO | 01/12/2023 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 11/16/2025 13:21:52 | **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

## Datos del niño o de la niña

1° Apellido: Bonilla

2° Apellido: Suns

Nombre: Alan David

Fecha de Nacimiento: Dia: 20 Mes: 08 Año: 2021

Sexo: F ___ M X I ___

Grupo Sanguineo: O+ Rh: +

Lugar de nacimiento: Bogota D.C.

Municipio: ___ Departamento: ___

EPS Nueva Eps

No. de Afiliación: ___

No. de Registro Civil: 1026603614

## En caso de urgencia favor avisar a:

Nombre: Yency Carolina Suns

Domicilio: Vrda la Pringamosa Natagá Huila

Municipio: Natagá Departamento: Huila

Teléfonos: 3015100764

Otros domicilios: ___

## Datos Familiares

### Padre

Apellidos: Bonilla Triana

Nombres: Jan Carlos

Profesión: Escolta.

Fecha de Nacimiento: 29/07/85 Grupo Sanguineo: O Rh: +

### Madre

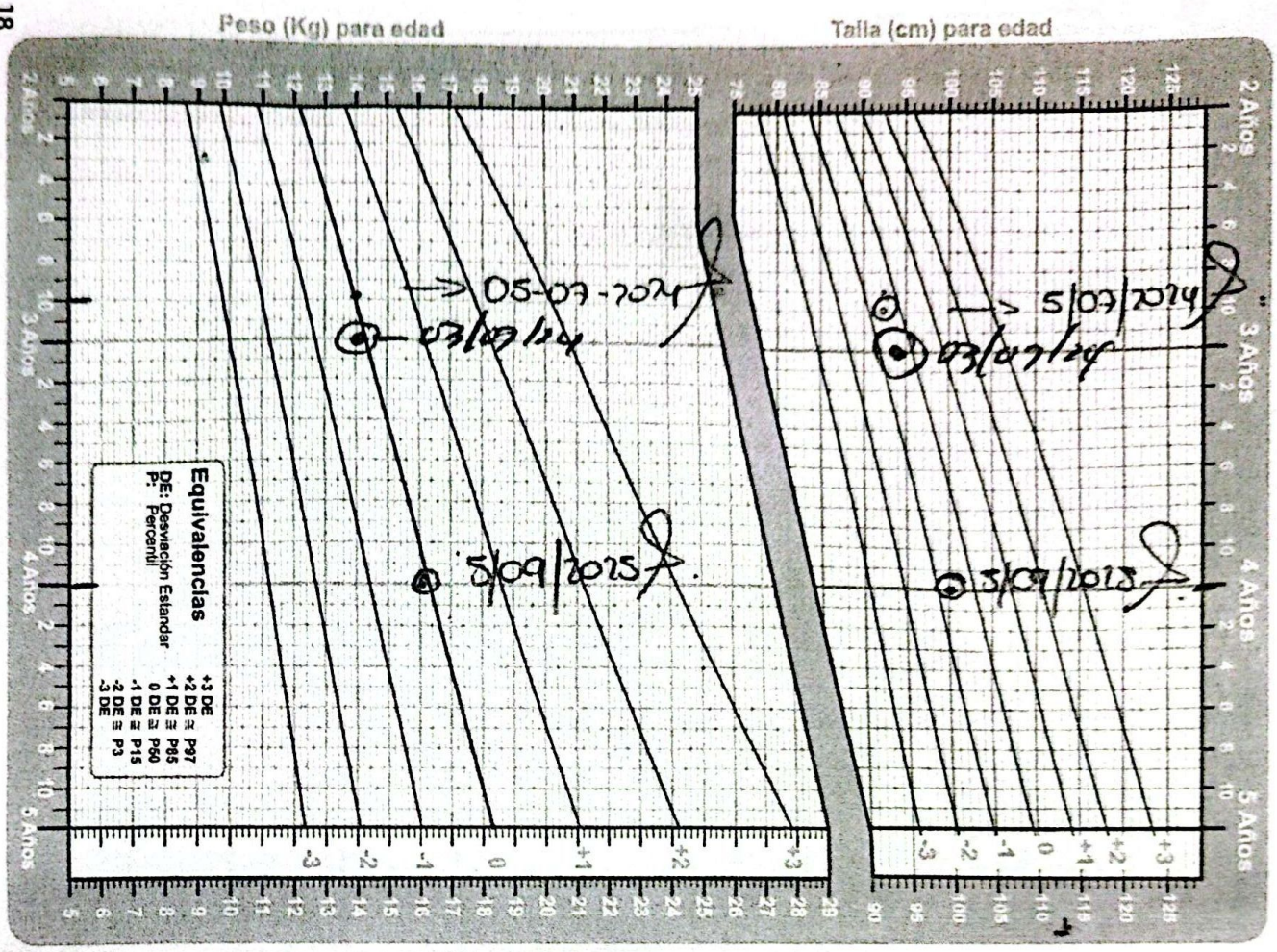
Apellidos: Suns Auriama

Nombres: Yency Carolina.

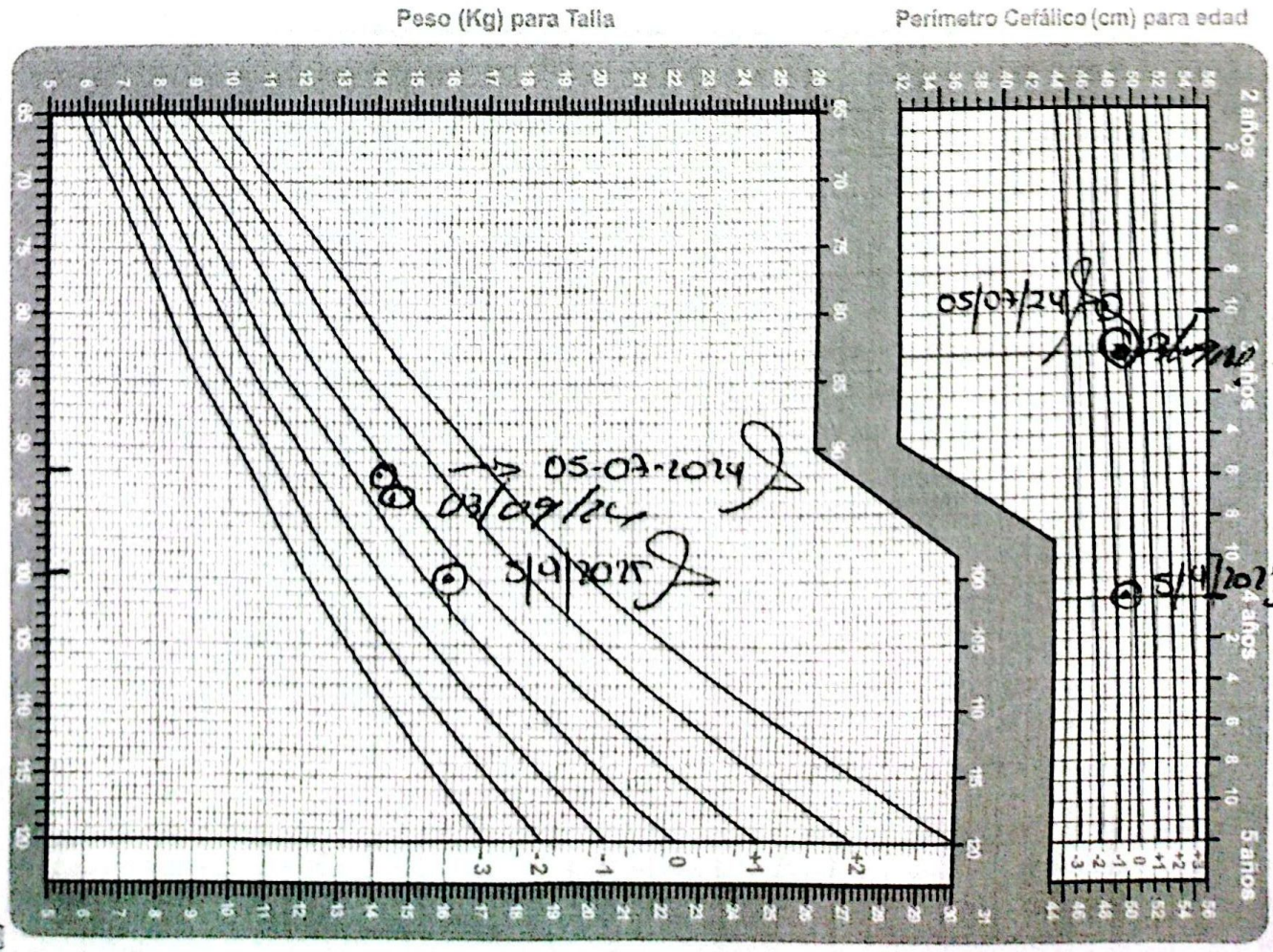
Profesión: Ama de Casa

Fecha de Nacimiento: 22/07/89 Grupo Sanguineo: O Rh: +

## Antecedentes familiares de interés que puedan influir en la salud del niño o de la niña


Peso (Kg) para edad
Talla (cm) para edad
Equivalencias
DE: Desviación Estandar
PC: Percentil
+3 DE
+2 DE ≅ P97
+1 DE ≅ P85
0 DE ≅ P50
-1 DE ≅ P15
-2 DE ≅ P3
-3 DE
05-07-2024
03/07/24
5/09/2025
5/07/2024
03/07/24
5/09/2025
Edad (en años y meses cumplidos)
Edad (en años y meses cumplidos)




Peso (Kg) para Talla
Perímetro Cefálico (cm) para edad
05-07-2024
03/07/24
5/9/2025
05/07/24
5/9/2025
Talla - Cms
Edad (en años y meses cumplidos)

Anotar los datos significativos para la salud del niño o la niña.

| Fecha | Edad | Peso | Talla | Perímetro cefálico | Próxima visita | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5/09/2025 | 4BM | 16kg | 100cm | 49cm | sept/2026 | Sano. |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Remisiones: _____

_____



Anotar los datos significativos para la salud del niño o de la niña



| Fecha | Edad | Peso | Talla | Perímetro cefálico | Próxima visita | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Remisiones: _____

_____

**PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO**

**IDENTIFICACION E INSCRIPCION TEMPRANA**

Al momento de nacer — Fecha:

**PRIMER 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:

**Exíjalo**

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

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

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




- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI

de cero a siempre

MinSalud

# Vacunas al día, se la ponemos fácil

**CARNÉ DE VACUNACIÓN**

Nombre: Alan David Barilla Suns

Fecha de nacimiento: 20 Agosto 2021

Nº de certificado de nacido vivo: 166141234-7

Registro civil: 1026603814

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: O+

Peso al nacer: 3245 g

Dirección: cl49B # 88C 32 Suy

Teléfono: 3015007764

Responsable: M/ Yancy Suns

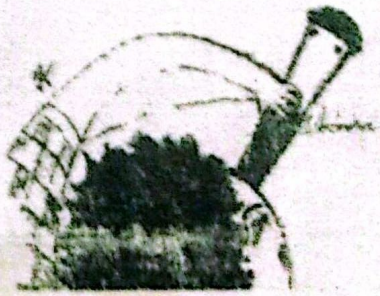
CC: 1082869137

Municipio de residencia:

Departamento:

## Recuerda:

**Estas vacunas son gratuitas**



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: ..... Registro Civil: .....

| Edad | Me protege de | | Dosis | Fecha de Aplicación Día Mes Año | Laboratorio | Número de lote | IPS vacunadora | Fecha próxima cita Día Mes Año | Nombre del Vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recien Nacido | Lactancia materna exclusiva | Si ☐ No ☐ | | | | | | | |
| | Tuberculosis B.C.G. | | Única | 30-8-21 | SERUM | [illegible] | [illegible] | | Yieth Guzman |
| | Hepatitis B | | Recién nacido | | | | | | |
| 2 Meses | Lactancia materna exclusiva | Si ☐ No ☐ | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | M I D | 1° | 20 OCTU 21 | Biologicals | 2027GB 3/23 | | | Angie Rojas |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | M I I | 1° | 20 OCTU 21 | SERUM | 28840210 4/23 | | | Angie Rojas |
| | Rotavirus | V.O. | 1° | 20 OCTU 21 | GSK | A0CE842AA 4/23 | | | Angie Rojas |
| | Neumococo | M I D | 1° | 20 OCTU 21 | GSK | ASPNB1CEA5/24 | | | Angie Rojas |
| 4 Meses | Lactancia materna exclusiva | Si ☐ No ☐ | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | M I D | 2° | 22-12-21 | Serum | 21050018/23 | | | |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | M I I | 2° | 22-12-21 | Serum | 28504034C 2/23 | | | |
| | Rotavirus | V.O. | 2° | 22-12-21 | GSK | ATZLG33AA 4/24 | | | |
| | Neumococo | M I D | 2° | 22-12-21 | GSK | A0PNB3DBA6/24 | | | |
| 6 Meses | Continue la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva. | | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | M I D | 3° | 22 02 22 | Biotech | 28504041D 3/23 | | | Marcela Ostos |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | M I I | 3° | 22 02 22 | Serum | 21050012 20-8-23 | | | Marcela Ostos |
| | Influenza | | 1° | 2 06 22 | GC-Flu | V5022206 | Salud Hoy | | Sonia Pico Rojas |
| 7 Meses | Influenza | | 2° | 25 AGOSTO 2022 | CGFN | U3022206 | | | |
| | Sarampion Rubeola Paperas (SRP) | | 1° | 25 AGOSTO 2022 | [illegible] | [illegible] | | | |
| 12 Meses | Fiebre Amarilla | | 1° | 24-07-2023 | — | U3021 | Bogotá D.C. | | |
| | Neumococo | | Refuerzo | 25 AGOSTO 2022 | GSK | [illegible] | | | |
| | Influenza | | Anual | | | | | | |
| | Hepatitis A | | UNICA | 25 AGOSTO 2022 | [illegible] | [illegible] | | | |
| 18 Meses | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | | 1° Refuerzo | 27-02-2023 | — | 28518 | Bogotá D.C. | | |
| | Polio (Oral - IM) | | 1° Refuerzo | 27-02-2023 | — | 21410156 | Bogotá D.C. | | |
| 5 Años | Polio (Oral - IM) | | 2° Refuerzo | | | | | | |
| | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | | 2° Refuerzo | | | | | | |
| | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | | Refuerzo | 27-02-2023 | 0131 0158A | — | Bogotá D.C. | | |
| Niñas 9 Años o más | VPH | | 1° | | | | | | |
| | VPH | | 2° | | | | | | |
| | VPH | | 3° | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | [illegible] | | 1 | 25 AGOSTO 2022 | [illegible] | [illegible] | | | |
| | [illegible] | | D A | 11-07-2025 | Glaxo | [illegible] | [illegible] | | |
| | [illegible] | | D U | 11-09-2025 | Serum | [illegible] | [illegible] | | |

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.

## CERTIFICADO MEDICO

### I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CERTIFICADO

| | |
|---|---|
| Fecha de expedición | 10/04/2025 |
| Ciudad de expedición | NATAGA |
| Departamento de expedición | HUILA |

### II. INFORMACIÓN GENERAL DE QUIEN ELABORA EL CERTIFICADO

| | |
|---|---|
| Apellidos | JUASPUEZAN PUENAYAN |
| Nombres | CINTHYA LILIBET |
| No. de Tarjeta Profesional | 1053866671 |

### III. DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Apellidos | ALAN DAVID | | | | | | | | |
| Nombres | BONILLA SUNS | | | | | | | | |
| Documento de identidad | RC | X | CC | | Nº 1026603614 | | | | |
| Fecha de Nacimiento | 20/08/2025 | | | | | | | Edad | 3 AÑOS |
| Sexo | MASCULINO | | | | | | | | |
| Estado Civil | SOLTERO | | | | | EPS | NUEVA EPS | | |
| Escolaridad | ESTUDIANTE | | | | | REGIMEN | SUBSIDIADO | | |

### IV ANTECEDENTES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Personales | SI | | NO | X | Cual? |
| Familiares | SI | | NO | X | Cual? |
| Alérgicos | SI | | NO | X | Cual? |
| Quirúrgicos | SI | | NO | X | Cual? |
| Infectocontagiosas | SI | | NO | X | Cual? |
| Otros | | | | | |

### CONCEPTO PARA VALORACIÓN

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ANAMNESIS | ASINTOMATICA | | | | | | | | |
| PESO | 15 | TALLA | 97 | FC | 78 | FR | 16 | PC 50 | Tº36 |
| AGUDEZA VISUAL | SIN ALTERACIONES | | | | | | | | |
| AGUDEZA AUDITIVA | SIN ALTERACIONES | | | | | | | | |
| EXAMEN FISICO | SIN ALTERACIONES | | | | | | | | |
| ESTADO DE SALUD | ADECUADO, NO COMPROMISO SISTEMICO NO PRESENTA ENFERMEDADES INFECOCONTAGIOSAS | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES | INDICO DESPARACITACION INTESTINAL | | | | | | | | |

| DIAGNOSTICOS | CIE10 |
|---|---|
| EXAMEN MEDICO GENERAL | Z000 |
| EXTENSION DE CERTIFICADO MEDICO | Z027 |

### RESPONSABLE DEL CERTIFICADO

**CINTHYA LILIBET JUASPUEZAN PUENAYAN**
**RM 1053866671**

E.S.E. Hospital Luis Antonio Mojica
Nátaga - Huila
Nit: 813.011.465-8
*Salud con calidad y Calidez para todos.*

# CARNÉ DE CITAS

**Programas**

Planificación Familiar [ ]

Odontologia / Higiene Oral [X]

Otros. [ ]

Cual: _____

Nombre y Apellidos: ALAN DAVID BONILLA SUAZO

Historia Clinica: 1026603674

Fecha de Nac.: 20-Agosto-2021

E.P.S: NUEVA EPS

Dir: V/ La pringamoza

Tel: 3229420979

Comuniquese con Nosotros

Urgencias: 311 2292090
Citas medicas: 312 4818595
Citas odontologia: 312 3354155
HospitalLuisAntonioMojicaNataga
www.esehospitalnatagahuila.gov.co
contactenos@esehospitalnatagahuila.gov.co

## CITA DE CONTROLES

| Motivo | Dia | Mes | Año | A. | N.A | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Higiene oral | 29 | 4 | 24 | ✓ | | Ana Elci Cruz Auxiliar en Salud Oral |
| Higiene oral | 29 | 5 | 25 | ✓ | | Ana Elci Cruz Auxiliar en Salud Oral |
| Higiene oral | 30 | 11 | 25 | ✓ | | Ana Elci Cruz Auxiliar en Salud Oral Ites 321-15.02.2018 |
| Higiene Oral | 5 | 6 | 26 | | | |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.030.597.137**

**SUNS AVIRAMA**

APELLIDOS

**YENCY CAROLINA**

NOMBRES

Yency Carolina Suns A

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-JUL-1989**

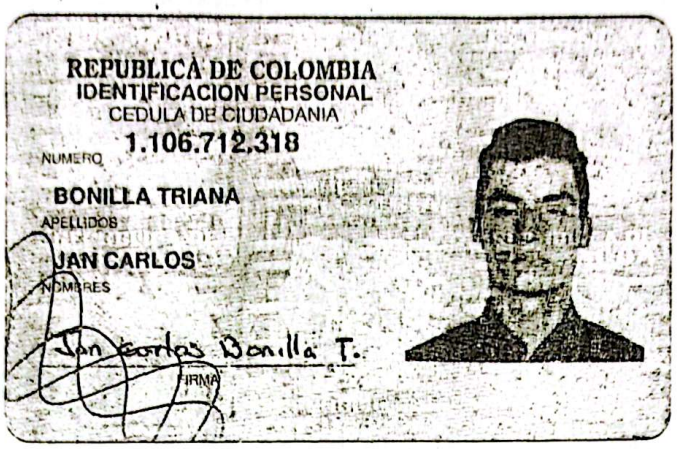
**NATAGA**
**(HUILA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.60** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**25-AGO-2009 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1500150-00178816-F-1030597137-20090916 0016154734A 1 29200129



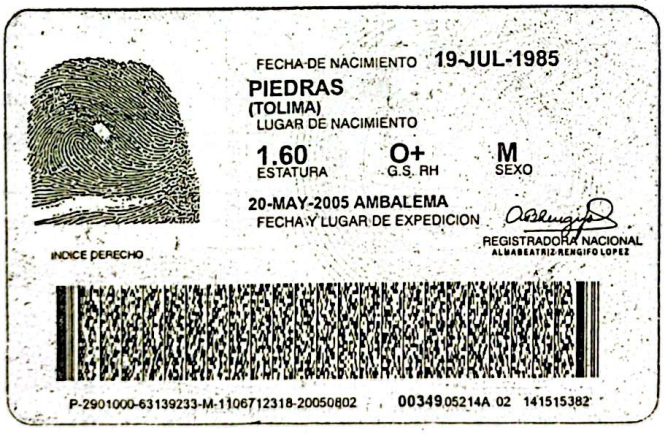
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.106.712.318

BONILLA TRIANA
APELLIDOS

JAN CARLOS
NOMBRES

Jan Carlos Bonilla T.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-JUL-1985

PIEDRAS
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

20-MAY-2005 AMBALEMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

P-2901000-63139233-M-1106712318-20050802 00349 05214A 02 141515382

Transmitimos buena energía
Nit 36 - 100 031-1

www.electrohuila.com.co FT-CFE -05 -001

AUTORETENEDORES DE RENTA RESOL. No 547/2002
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART.4
RESOL 000005 DEL 14/07/16 DIAN RONDA GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 08/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

# FACTURA DE VENTA No. 84971775

Documento equivalente según
articulo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO PAGO INMEDIATO

TOTAL A PAGAR
$ 143.930

FECHAS DE: 09/DIC/2024
LECTURAS: 04/FEB/2025
FECHA SUSPENSIÓN: 26/FEB/2025

## INFORMACIÓN CLIENTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cliente | SUNS ORTIZ MARIO | Nit CC | 4897167 |
| Dirección | VDA LA PRINGAMOZA | Ruta | 6110820016 |
| Municipio | NATAGA | Ciclo | 093 |
| Clase Servicio | Residencial | Estrato | 1 |

## INFORMACIÓN TÉCNICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nivel Tension | 1 SECUNDARIA | Circuito | 6560088 |
| Carga Contratada | 29 | Nombre | |
| Grupo | 4 | Atrasos | 2 |

## INFORMACIÓN CONSUMO

| Contador | Marca | T.E | T.M | Obs | Lec.Actual | Lec.Ante. | Factor | Consumo (kwh) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8171056 | KRI | A | S | 80 | 15582 | 15401 | 1 | 181 |

Promedio Cuenta 162 Consumo Año Anterior 179 Consumo Anterior 179

## ULTIMOS CONSUMOS




| Mes | Consumo |
|---|---|
| ENE | 181 |
| NOV | 169 |
| SEP | 187 |
| JUL | 192 |
| MAY | 177 |
| MAR | 201 |
| ENE | 179 |

## CALIDAD DEL SERVICIO

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

## ULTIMO PAGO

Fecha 24/10/2024
Valor $ 79118

## LIQUIDACIÓN

| Consumo(kwh) | Tarifa($/kwh) | Valor Total($) |
|---|---|---|
| 88.5 | 982.5245 = | 88916 |
| 4[illegible].5 | 1005.6231 = | 51371 |
| 96.5 | | |

## CONSUMO PERIODO

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

| | | |
|---|---|---|
| Valor Total Energía del Periodo | $ | 180.289 |
| Valor (Subsidio/Contribución %) | $ | - 105.620 |
| Valor Total Energía Facturado | $ | 74.669 |

## DETALLE DE CUENTA

| CONCEPTO | VALOR MES | | |
|---|---|---|---|
| DEUDA CAPITAL | $ | 69.631 | |
| INTERES MORATORIO | $ | 696 | |
| INTERES MES ALUMBRADO | $ | 20 | |
| DEUDA ALUMBRADO Y OTROS | $ | 2.089 | |
| CONSUMO PERIODO | $ | 180.289 | |
| IMPUESTO ALUM. PUBLICO | $ | 2.248 | |
| AJUSTE DECENA | $ | - 3 | |
| COMPENSACIÓN CALIDAD INDIVID UAL | $ | - 5.412 | |
| SUBSIDIO | $ | - 105.620 | |

| | | |
|---|---|---|
| OTROS CARGOS | $ | 0 |
| ALUMBRADO P | $ | 4.349 |
| VALOR ELECTROHUILA | $ | 139.581 |

TOTAL A PAGAR
$ 143.930

## ELECTRODOMÉSTICOS

| CONVENIO | C PEND | TOTAL CUAV | SALDO |
|---|---|---|---|

## FINANCIACIONES

| FINANCIACION | C PEND | TOTAL FIN | SALDO FIN | CUOTA |
|---|---|---|---|---|

FOES: Consumo Kwh $Kwh Valor $ No Factura

## COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 421.0 Tm: 58.0 PRn,m: 97.0 Dn,m: 280.0 Rm: 7.0 Cv,m: 14
3.0 CUv,n,m: 1009.6231 ($/kwh)

## CREDIVALORES

| SALDO | CAPITAL | INT. CORRIENTE | INT. MORA |
|---|---|---|---|

ElectroHuila
Transmitimos buena energía

Código de Cuenta : 384288761
Factura de Servicios Públicos No: 84971775
Periodo ENE 2025 Fecha de Vencimiento: PAGO INMEDIATO
Suspensión a partir de: 26/FEB/2025


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: 2000514557
Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS
Nombre de Asegurado: ALAN DAVID BONILLA SUNS
ID Asegurado: 1026603614
Vigencia Desde: 2025/02/24
Vigencia Hasta: 2026/02/24
Muerte Accidental $5.000.000,00
Gastos Médicos $4.000.000,00
COBERTURAS:
Muerte Accidental
Gastos Médicos
En caso de accidente o para consultar términos y condiciones, comunicarse a nuestras líneas de atención
seguros mundial
#899 desde celular
BOGOTÁ 3274712 /3274713
NACIONAL 01 8000 111 935

## PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

**Ciudad** Neiva (H)

**Nombre completo de la niña o niño** Alan David Bonilla Sanz

**Fecha de nacimiento** 20 08 2021 **N° Documento de identidad** 1026.603.614

**Sexo** Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 26 02 2021

**Primer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Daniela Andreyi Nosiue Ramirez

**Fecha de registro cualitativo** 26 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**

Alan esta en un adecuado proceso de desarrollo de acuerdo a su edad, el cual sus diferentes habilidades de comunicación fisicas y Sociales son acordes a su edad

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

**Segundo Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Daniela Andreyi Nosiue Ramirez

**Fecha de registro cualitativo** 26 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**

Alan es un niño alegre, le gusta compartir con sus compañeros es autonomo, y comple con los items de las dimensiones de acuerdo a su edad.

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

**Tercer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Daniela Andreyi Nosiue Ramirez

**Fecha de resgistro cualitativo** 20 11 2025

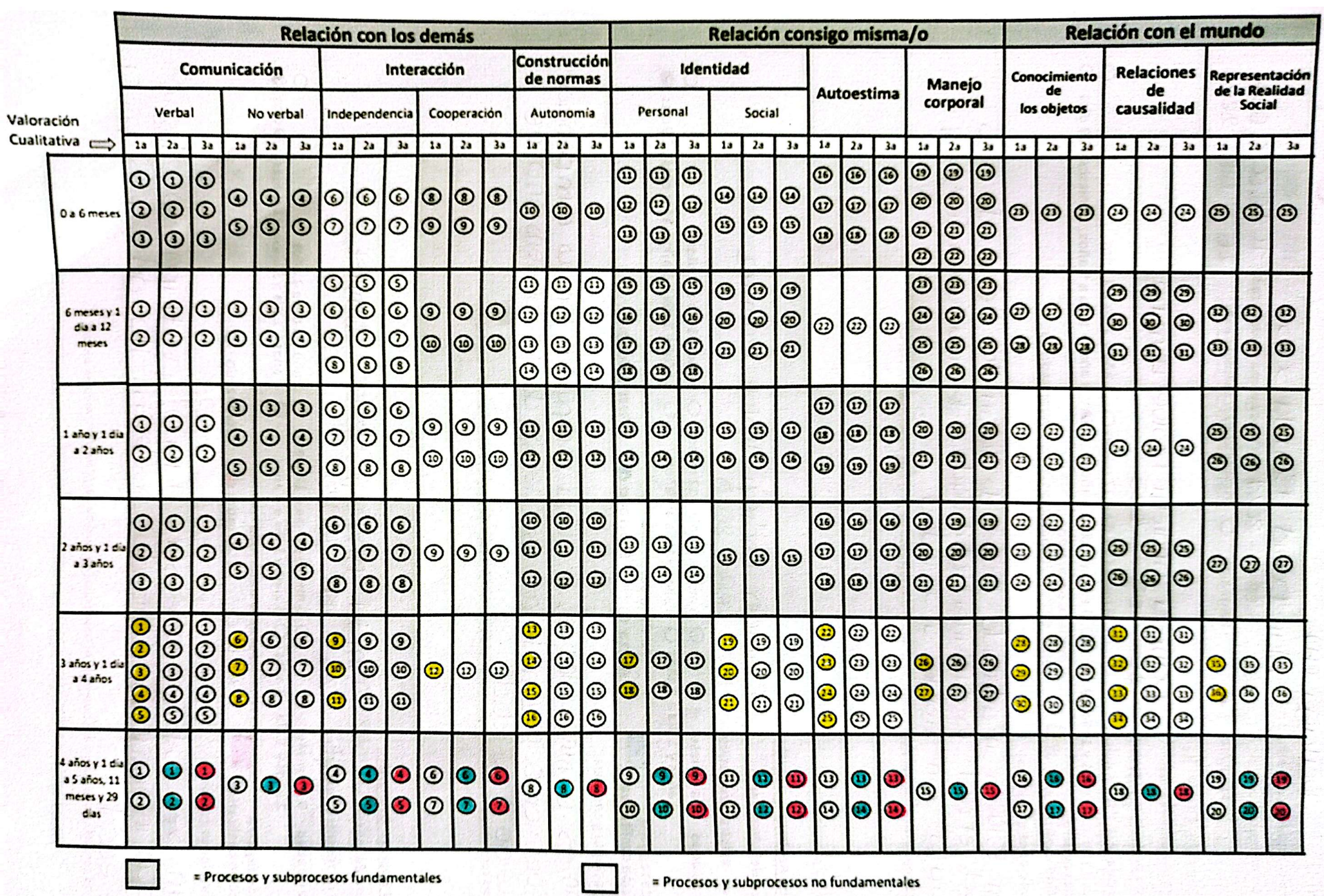
**Rango de edad**
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ●

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

**Observaciones generales**

Alan se destaco por ser un niño, participativo, alegre seguir instrucciones, teniendo un desarrollo adecuado para su edad.

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


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
Valoración Cualitativa
1a 2a 3a
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
= Procesos y subprocesos fundamentales
= Procesos y subprocesos no fundamentales