REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.080.268.114

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60366205

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☐ Número ☐☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ **Código** L 2 B

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
POPAYAN	CAMPO

Nombre(s)

JUAN CAMILO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes NOV Día 11	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	160268712

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

CAMPO RINCON SANDRA LISETH

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.015.416.506	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

POPAYAN VALENCIA DIMAS EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 83.250.209	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

POPAYAN VALENCIA DIMAS EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 83.250.209	Dimas Eduardo Popayan V.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2020 Mes NOV Día 12	MANUEL JESUS LATORRE ADARME - REG Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 27718157-8

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

12 NOV 2020

MANUEL JESUS LATORRE ADARME
REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

OFIXPRES

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 83250209

POPAYAN VALENCIA
APELLIDOS

DIMAS EDUARDO
NOMBRES

Dimas Edpoldo Popayan V.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-OCT-1981
NATAGA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-MAY-2000 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

P-1905000-70090422-M-0083250209-20010421 17116 01081A 01 047603732

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 18/05/2025

Ficha: 41378004503400000193

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JUAN CAMILO

Apellidos: POPAYAN CAMPO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268114

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/11/2018

Última actualización ciudadano: 13/11/2020

Última actualización vía 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: CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ

Dirección: Calle 6 No 3 - 52

Teléfono: 3176617965

Correo Electrónico: administradorsisben@laargentina-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

Powered by CamScanner

ElectroHuila

SU CODIGO CUENTA NIU

290293017

Para cualquier consulta y pago electrónicos www.electrohuila.com.co 71-CRE-05-2001

AUTOGENERADORES DE RENTA, RESOL. No 24/2002 DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART. 4 RESOL. 000055 DEL 14/07/15 DIAN NOMOG CRANDER CONTRIBUYENTES AUTORRENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 30/07/99 SECRETARÍA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL A PAGAR

9.200

FACTURA DE VENTA No. 84684919

Documento equivalente según artículo 17 Decreto 1001/97

FECHAS DE LECTURAS: 09/NOV/2024 - 07/ENE/2025

FECHA DE VENCIMIENTO 27/ENE/2025

FECHA SUSPENSIÓN 29/ENE/2025

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	[illegible]	Nit	83[illegible]
Dirección	VDA BETANIA FCA EL MADROÃAAL	Ruta	692054[illegible]260
Municipio	LA ARGENTINA	Ciclo	070
Clase Servicio	Residencial	Estrato	2

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	650017[illegible]
Carga Contratada	288	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	I.E	I.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (Kwh)
18283312	HTK	A	S	00	3338	3321	1	17

Promedio C[illegible] 121 Consumo Año Anterior 127 Consumo Anterior 127

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
DIC	1[illegible]
OCT	11[illegible]
AGO	113
JUN	133
ABR	117
FEB	105
DIC	107

CALIDAD DEL SERVICIO

DIU: [illegible] C: [illegible]
VC: [illegible] AC: [illegible]
TEC: [illegible]

ULTIMO PAGO

Fecha: 26[illegible]
Valor: [illegible]0

LIQUIDACIÓN CONSUMO PERIODO

Consumo(Kwh)	Tarifa($/Kwh)	Valor Total($)	Consumo(Kwh)	Tarifa($/Kwh)	Valor Total($)
8.5	982.574	8352			
8.5	982.6245	8351			

ElectroHuila Transmisión y energía Nit 900.082.272-1

Valor Total Energía del Periodo	$	16.703
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 7.943
Valor Total Energía Facturado	$	8.760

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES		
CONSU[illegible].000	$	16.703	
IMPUES[illegible]ALUM. PUBLICO	$	438	
AJUSTE DECENA	$	2	
SU[illegible]010	$	- 7.943	
OTR[illegible] CARGOS	$	0	
ALUMBRADO P	$	438	
VALOR ELECTROHUILA	$	8.762	

TOTAL A PAGAR

$ 9.200

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

FOEB: Consumo Kwh	$/Kwh	Valor $	No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 419.0 Tm: 55.0 PRn,m: 96.0 Dn,m: 263.0 Rm: 3.0 Cv,m: 14 5.0 CUv,n,m: 982.5245 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CUOTAS	V. CORRIENTE

ElectroHuila Transmisión y energía Nit 900.082.272-1

Código de Cuenta : 290293017

Factura de Servicios Públicos No: 84684919

Periodo DIC 2024 Fecha de Vencimiento: 27/ENE/2025

Suspensión a partir de: 29/ENE/2025

Valor Total a Pagar $ 9.200

(415)7707274459679(8020)829029301 7(3900)0000009200(96)20250127

Señor cajero favor dejar [illegible] de estos tanto al frente como al respaldo de esta factura

SAMI Version 1.2.1 24081217 Lector 7483

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	1080268114
NOMBRES	JUAN CAMILO
APELLIDOS	POPAYAN CAMPO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA ARGENTINA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/06/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

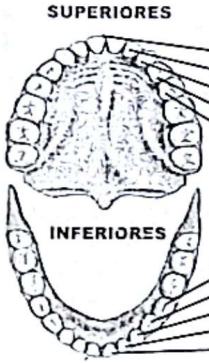
Fecha de Impresión:	07/30/2025 14:33:35	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Powered by CamScanner

EDAD DE ERUPCIÓN DE DIENTES TEMPORALES ("DE LECHE")



SUPERIORES DIENTE	EDAD
Incisivo Central	
Incisivo Lateral	
Canino	
Primer Molar	
Segundo Molar	

INFERIORES DIENTE	EDAD
Segundo Molar	
Primer Molar	
Canino	
Incisivo Lateral	
Incisivo Central	

RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

los primeros dientes debe limpiarlos con un algodón o una gasa húmeda cuando los dientes temporales estén completos enseñar al niño la forma correcta de cepillarse los dientes y el uso de seda dental, ayudando hasta cuando pueda hacerlo bien.

Nunca deje dormir al niño con el biberón en la boca porque azúcar facilita la caries dental, además el chupón puede originar de la forma de los maxilares y mal posición de los dientes. Procure no dar dulces o caramelos entre comidas.

La primera visita al odontología debe hacerse antes del primer año.

CUIDADOS GENERALES

Baña al niño todos los días, láve las manos y los dientes, córtele las uñas Póngale zapatos cuando camine. NO USE TALCOS NI CHUPOS.

No le de aceite para púrgalos. Evite que su niño se acerque a los enfermos. No le de aceite para púrgalos Evite que su niño se acerque a los enfermos

Exprese afecto al niño, álcelo, abrácelo y acarícielo. Permita que el niño juegue y dedique tiempo para jugar con él. Involucre al niño en las actividades de la familia. Habla con el niño y responda con amor a sus intentos de comunicarse y llamar la atención. Permita que el niño se mueva libremente. No castigue, engañe, ni asuste al niño para obligarlo a obedecer.

Explíquele al niño las cosas que no debe hacer. No exija que el niño realice cosas que no puede hacer por su edad. Sea Siempre sincero con él.

MAMÁ SI MI HIJO ESTÁ ENFERMO, DEBO REVISAR SI PRESENTA LAS SEÑALES DE PELIGRO QUE ME OBLIGAN A LLEVARLO AL SERVICIO DE URGENCIAS O VALORACIÓN INMEDIATA POR MÉDICO

- Mi hijo no puede beber ni tomar el pecho.
- Vomita todo lo que come.
- Ha tenido convulsiones o ataques.
- Esta letárgico (Muy Dormido) o Inconsciente (sin sentido).
- Le chilla el pecho o respira con dificultad.
- Respira más de 60 veces por minuto.
- Presenta deposiciones diarreicas o liquidas.
- Presenta fiebre alta (mayor a 39° o liquidas.
- Presenta Fiebre más de 3 días.

EDAD	TIPO DE VACUNA		1ra DOSIS O UNICA Fecha	2da DOSIS Fecha Cita	2da DOSIS Fecha Vacuna	3ra DOSIS Fecha Cita	3ra DOSIS Fecha Vacuna	A los 12 meses de edad Fecha Cita	A los 12 meses de edad Fecha Vacuna
Recién Nacido	Antituberculosa - BCG								
	Hepatitis B (Recién Nacido)								
A partir de los 2 Meses	PENTAVALENTE	Difteria - Tos ferina - Tetanos (DPT)							
		Haemophilus influenze - TIPO b							
		Hepatitis B							
	Vacuna oral de polio - VOP								
	Vacuna oral de rotavirus								
	Vacuna contra el neumococo								
A partir de los 4 Meses	PENTAVALENTE*								
	Vacuna contra polio - VOP								
	Vacuna oral de rotavirus								
	Vacuna contra el neumococo								
A partir de los 6 Meses	PENTAVALENTE*								
	Vacuna oral de polio - VOP								
De 6 Meses a 23 meses	Vacuna de Influenza (De 6 meses a 23 meses)								
A Los 12 meses	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)								
	Fiebre Amarilla (FA)								
	Vacuna contra el neumococo								

		Al año de la 3ra DOSIS		A los 5 Años de edad		ADICIONALES	
Al año de las terceras dosis	Difteria - Tos ferina - tétanos(DPT)						
	Vacuna oral de polio - VOP						
Al año 5 años de edad	Difteria - Tos ferina - tétanos(DPT)						
	Vacuna oral de polio - VOP						
Adicionales	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)						

REHIDRATACIÓN ORAL SUERO ORAL



En un litro de agua hervida y fría, mezcle todo el contenido de un sobre de suero oral.

si el niño NO ESTA DESHIDRATADO dele con cucharita y vaso dos onzas como mínimo, después de cada deposición.

Si el niño presenta ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN acuda a la Promotora de salud, ala Unidad de Rehidratación Oral UROCS más cercana, o al Hospital.

AL MES	EDAD	A LOS 24 MESES	EDAD
Patalea vigorosamente		Salta en los dos pies	
Sigue con los ojos el movimiento de un objeto		Hace torre de 5 o más cubos	
Se sobresalta con el ruido		Dice más de 20 palabras claras	
Sigue movimientos del rostro		Controla sfinter de orina	
A LOS 3 MESES		A LOS 36 MESES	
Sostiene la cabeza		Camina hacia atrás	
Se lleva objetos a la boca		Separa objetos grandes y pequeños	
Balbucea con las personas		Usa oraciones completas	
Se voltea cuando se le habla		Se lava solo las manos y la cara	
A LOS 6 MESES		A LOS 48 MESES	
Intenta sentarse solo		Lanza y agarra la pelota	
Pasa objetos de una mano a otra		Copia cuadrado y círculo	
Reacciona cuando se le llama		Describe bien un dibujo	
Pone atención a la conversación		Tiene un amigo especial	
A LOS 9 MESES		A LOS 60 MESES	
Se sienta por sí solo		Hace rebota y agarra la pelota	
Agarra objetos con los dedos		Dibuja escalera	
Pulgar e índice		Nombra 4 o 5 colores	
Dice una palabra clara		Organiza Juegos	
Imita aplausos			
A LOS 12 MESES		A LOS 72 MESES	
Se para solo		Salta desde 60 cms de altura	
Busca objetos escondidos		Dibuja casa	
Entiende orden sencilla		Conoce días de la semana	
Bebe en la taza sola		Comenta vida familiar	
A LOS 18 MESES		A LOS 84 MESES	
Corre		Salta alternando los pies	
Pasa hojas de un libro		Copia una figura de líneas curvas	
Reconoce seis objetos		Conoce ayer, hoy y mañana	
Avisa deseos de ir al baño		Conoce fechas importantes	

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2021	Enero	04	10AM		
2021	Febrero	20	7am	Niña.	
2021	Marzo	19	7AM	Nuñez	
2021	Noviembre	12	8:00		
2022	Junio	14	7am	NN	NN
2022	Noviembre	09	3PM		
2023	Noviembre	25	9:00	VO	VO
2024	Noviembre	30	9:00		
2025	Noviembre	25	8:00		
2026	Noviembre	25	8:00		
2027	Noviembre	25	8:00		
2028	Noviembre	25	8:00		
2029	Noviembre	25	8:00		

Atención con Calidad Humana

ASISTA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS AGENTES DE SALUD LO RECOMIENDE

E.S.E JUAN RAMÓN NUÑEZ PALACIOS

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS

NIT 813.010.966-1 Tel 8311607
Código del Prestador 41378003821
La Argentina - Huila



CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

Nombre: Juan Camilo popayan
Fecha de nacimiento: 11 - Nov - 2020
Registro Civil: 1050265114
Teléfono: 3226302354
Dirección: Pje 3195
Barrio o Vereda: La Union Sg: 40 65
Nombre Responsable del Niño: Sandra Liseth campo
EPS afiliación: Coosalud
Sitio de atención: E.S.E

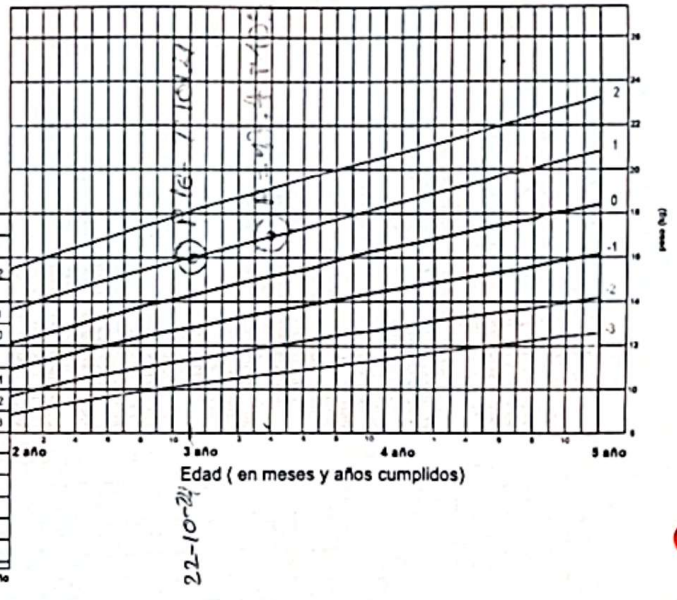
Powered by CamScanner

INTERPRETACIÓN DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

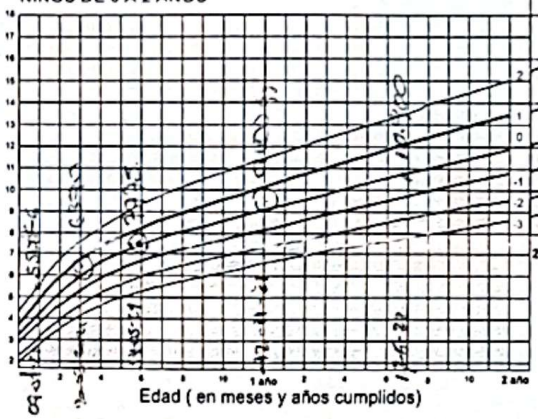
Crecimiento

- SU HIJO VA BIEN
- PELIGRO SU HIJO NO PROGRESA
- SU HIJO ESTA MAL

Peso para la Edad
Niños de 2 a 5 años

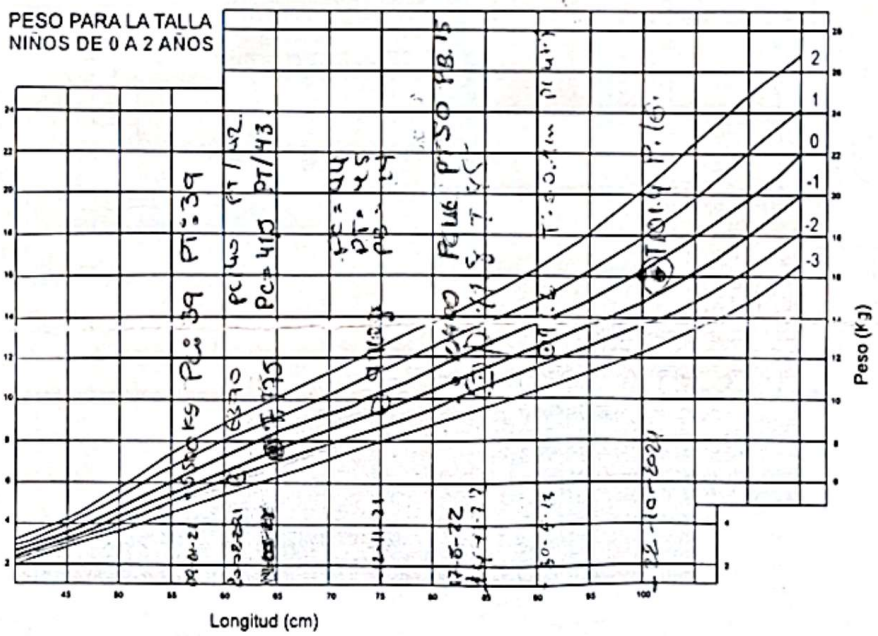


PESO PARA LA EDAD
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS



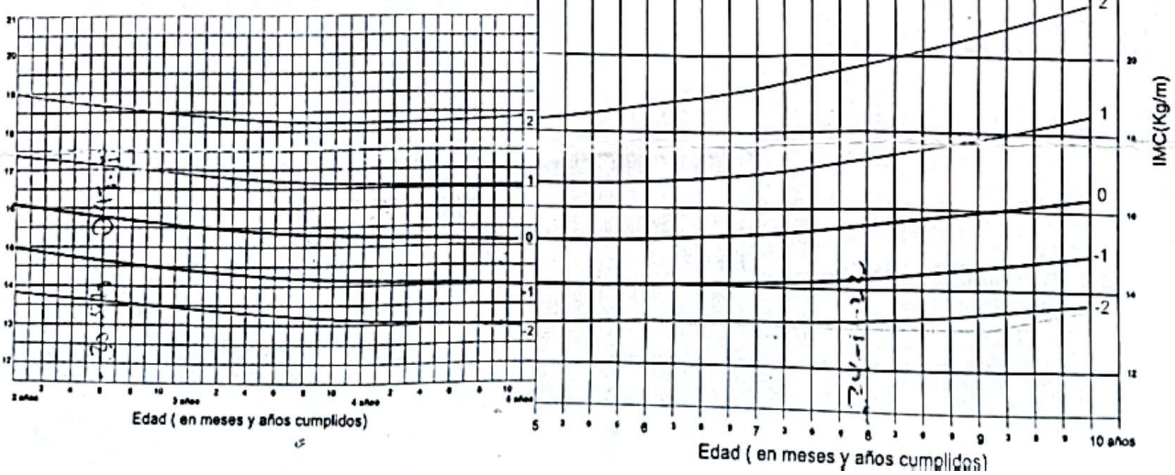
PESO PARA LA TALLA
NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS

PESO PARA LA TALLA
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS



INDICE DE MASA CORPORAL
NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS

INDICE DE MASA CORPORAL
NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS



Powered by CamScanner

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer — Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida — Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

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

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

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

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

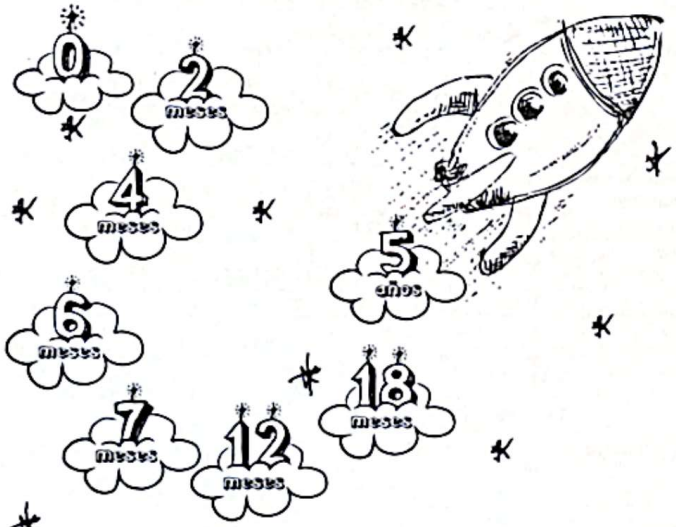
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, sé la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Juan Camilo Tapiyan Campo
Fecha de nacimiento: 11-Nov-20
Nº de certificado de nacido vivo: 160268712
Registro civil: 1088268114
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O+ ComFam
Peso al nacer: 3195 Gramo - 40 Sem.
Dirección: Vda la Unión "El medianito"
Teléfono: 3228802384
Responsable: Sandra Campo
Municipio de residencia: La Argentina
Departamento: Huila

Cha. 12 Noviembre 2 25 años

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Powered by CamScanner

Nombre: Juan Camilo Popayan Campo Registro Civil: 1108268114

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre de Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva SI X No ☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	11-NOV-20	Serum	03790025	HOSP		Nini Vega
	Hepatitis B	Recién nacido	11-NOV-20	Serum	03294012B	HOSP	11 01 21	Jefe Nataco
2 Meses	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	13-01-2021	Sanofipastu	T3D8411	ESE Juan Ramon	13 03 21	Leidy Rebayo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	13-01-2021	Serum	2858X008C	ESE Juan Ramon	13 03 21	Leidy Rebayo
	Rotavirus	1ª	13-01-2021	Glaxosmith	ARCLC7ESAA	ESE Juan Ramon	13 03 21	Leidy Rebayo
	Neumococo	1ª	13-01-2021	Glaxosmith	ASPNB28SAA	ESE Juan Ram	13 03 21	Leidy Rebayo
4 Meses	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	2ª	17-03-21	Sanofipasteur	T3D8911	ESE JRNP	13 05 21	Cristian Vargas
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	17-03-21	Serum	2858X002C	ESE JRNP	13 05 21	Cristian Vargas
	Rotavirus	2ª	17-03-21	Glaxosmith	A2OLC7ESAA	ESE JRNP	- - -	Cristian Vargas
	Neumococo	2ª	17-03-21	Glaxosmith	ASPNB28SAA	ESE JRNP	13 05 21	Cristian Vargas
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	13-05-21	Sanofipaster	T3D8411	ESE J.R.N.P	- - -	Leidy Rebayo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	13-05-21	Serum	2858X0EO	ESE J.R.N.P	- - -	Leidy Rebayo
	Influenza	1ª	21-07-21	Sanofipaster	V3B8711	ESE J.R.N.P	21 08 21	Leidy Rebayo
7 Meses	Influenza	2ª	21-08-21	Sanofipaster	V3B8711	ESE J.R.N.P	- - -	Leidy Rebayo
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	12-11-2021	Serum	0130N128A	E.S.E J.R.N.P	11 11 25	Cristian Vargas
	Fiebre Amarilla	1ª	20-05-22	Biological	1212XFC062	ESE Juan RNP		Leidy Rebayo
	Neumococo	Refuerzo	12-11-2021	Glaxosmith	ASPNB31SBA	E.S.E JRNP	- -	Cristian Vargas
	Influenza	Anual	20-05-22	Green Cross	V502LW006	ESE Juan RNP		Leidy Rebayo
	Hepatitis A	ÚNICA	12-11-2021	merk Sharp	V0057725	E.S.E JRNP	- - -	Cristian Vargas
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª Refuerzo	20-05-22	Serum	2870091B	ESE Juan RNP		Leidy Rebayo
	Polio (Oral - IM)	1ª Refuerzo	20-05-22	Serum	10011016	ESE Juan RNP		Leidy Rebayo
5 Años	Polio (Oral - IM)	2ª Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	05-05-23	Serum	0131N052A	ESE Juan Ramo	- - -	Leidy Rebayo
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela SyR	1 R	12-11-2021	merk Sharp	V0057727	E.S.E JRNP	11 11 25	Cristian Vargas
			20-05-22	Serum	0121N052	ESE Juan RNP		Leidy Rebayo

Estas vacunas son gratuitas

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

Powered by CamScanner

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Juan Camilo Topayon	**DOCUMENTO:** 1080268114
CONTROL DE PLACA	
FECHA DE ATENCIÓN: Julio 2025.	**PROXIMO CONTROL:** febrero 2026
EXPEDIDO POR: Karina Patricia Martinez Auxiliar en Salud Oral CC 1004154294	

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	NIT. 900027451-0
	Acta de compromiso y corresponsabilidad con padres de familia y/o cuidadores	

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS La Inmaculada, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio Fundacion Grupo Libertad. 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 atención a la primera infancia de mi hijo (a): Juan Camilo Popayan Campo con RC No 1080268114 Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al HCB, 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 UDS, 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) Cumplir el horario de atención establecido en la UDS
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira a mi hijo(a) de la UDS.
5) Entregar los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a) Estos documentos son:

    1. Certificado de afiliación a salud.
    2. Fotocopia del registro civil del niño.
    3. Fotocopia del carné de vacunas actualizado
    4. Fotocopia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado
    5. Certificación de SISBÉN.

    NOTA: En caso de no contar con alguno de los documentos mencionados, informar en la UDS para activar la Ruta Interinstitucional que contribuya a garantizar una atención integral para mi hijo(a).

Powered by CamScanner

6) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) asista al servicio médico y demás 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 y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a), adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
9) Elegir o ser elegido en el comité de control social que se convoquen con el fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para la Modalidad Comunitaria

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 03 del mes Febrero del año 2025, en el Municipio de La Argentina.

Sandra Liseth Campo Rincón
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Lina Vanessa Muñoz Tapiero
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Argentina

Nombre completo de la niña o niño Juan Camilo Popayan Campo

Fecha de nacimiento Día 11 Mes Nov Año 20 **N° Documento de Identidad** 1.080.268.114

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 03 Mes 02 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Lina Vanessa Muñoz Tapiero

Fecha de registro cualitativo Día 28 Mes 04 Año 2025

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

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

Observaciones generales

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Lina Vanessa Muñoz

Fecha de registro cualitativo Día 26 Mes 07 Año 2025

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

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

Observaciones generales

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Lina Vanessa Muñoz

Fecha de resgistro cualitativo Día 29 Mes 10 Año 2025

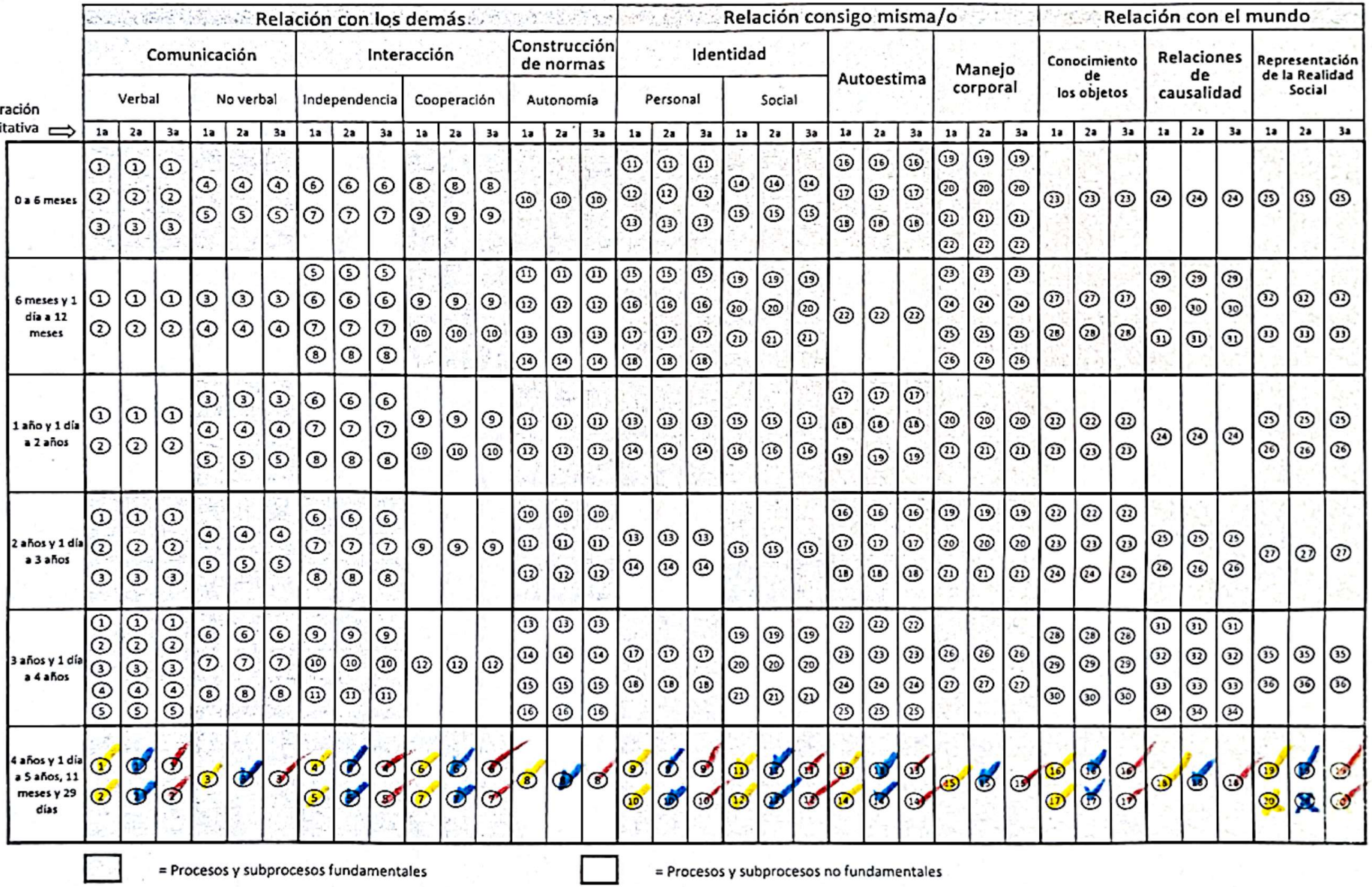
Rango de edad
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ●

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

Observaciones generales

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

Powered by CamScanner



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD NIT. 900027451-0	CÓDIGO: AG-DP-001	
	FORMATO DE AUTORIZACION ENTREGA Y RECOGIDA	Versión: 2	Pág. 1 - 1

La Argentina Huila, 03-Febrero-2025

Señores
Fundacion Grupo Libertad
La ciudad

ASUNTO: AUTORIZACION PARA LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MI HIJO

Cordial saludo,

Yo, Sandra Liseth Campo Rincón como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 1015416506 y Dimas Eduardo Popayan como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número 83250209; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

María Mestil Valencia c.c. _____
_____ C.c. _____
_____ C.c. _____

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) Juan Camilo Popayan Campo de la profesora Lina Vanessa Muñoz Tapiero.

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

Sandra Liseth Campo Rincon.

carrera 2 No 2 sur-14
contabilidadgrupolibertad@gmail.com
CEL: 3116328780
Tarqui Huila

Powered by CamScanner

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 Juan Camilo Popayan Campo, identificado (a) con documento de identidad número 1080 268 114, 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Sandra Liseth Campo Rincon, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1015416506, 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

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_ **CORPORACION PARA EL DESARROLLO DE LAS CIENCIAS, LA INVESTIGACION E INNOVACION** ___, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa _MODALIDAD FAMILIAR_.

Suscriben:

Firma: Sandra Liseth Campo Rincón
Nombre: Sandra Liseth Campo Rincon.
Calidad - Titular: X Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3228802384
Fecha: 03 - Febrero - 2025
Municipio: La Argentina Huila

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner