REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.080.266.449

Indicativo Serial 60366574

60366574

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1 3 5

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BONILLA	GONZALEZ

Nombre(s)

DYLAN FELIPE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes 09 Día 20	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	168030150

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

GONZALEZ ROJAS MARY JANETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.265.389	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 CABRERA DIEGO FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.266.049	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BONILLA CABRERA DIEGO FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.080.266.049	Diego Felipe Bonilla

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 SE Día 12	MANUEL JESUS LATORRE ADARME - REGI Nombre y firma

OFIXPRES [illegible] 100238573

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.080.265.399**

GONZALEZ ROJAS

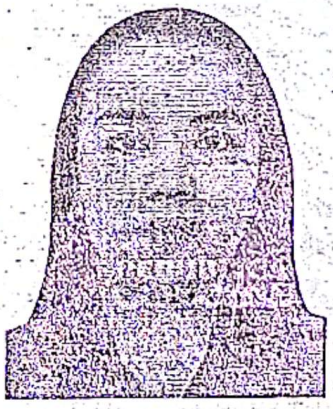
APELLIDOS

MAIRA JANITH

NOMBRES

Maira Janith González

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-NOV-1996**

LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-DIC-2014 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1904700-00919634-F-1080265399-20170711 0056259662A 1 48429468

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.080.266.049**

BONILLA CABRERA

APELLIDOS

DIEGO FELIPE

NOMBRES



Diego Felipe Bonilla

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-FEB-1998**

LA PLATA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

01-MAR-2016 LA ARGENTINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1904700-00835567-M-1080266049-20160607 0050052042G 1 45981586

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 15/05/2025

Ficha: 41378096503400001425

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DYLAN FELIPE

Apellidos: BONILLA GONZALEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268443

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/10/2021

Última actualización ciudadano: 28/10/2021

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
- Mincit - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia

- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP - Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía

Electrificadora del Huila S.A ESP
Nit. 891.180.001-1

Sr(a): GUTIERREZ GOMEZ MARIA NURY
c.c. / Nit: 26527858
CLL 7 1-51
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780032900
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 3-LIBRETIN 3 DE LA ARGENTINA

Su código de cuenta NIU
428373527
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
86058732

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
4/ 2025	13/03/25-13/04/25	$74,740	$74,740	0 meses

Datos de cuenta

Clase servicio	Residencial
Estrato	2-Bajo
Zona	OCCIDENTE
Nivel tensión	1-Secundaria
Carga instalada	200
Tipo liquidación	lectura
Nodo	T09597-GL1P

Costo unitario prestación del servicio

COMPONENTES ELECTROHUILA	
1 Comercialización +	154.14
2 Distribución	272.98
TOTAL ELECTROHUILA =	427.12
MERCADO ENERGÍA MAYORISTA	
3 Generación +	388.6
4 Transmisión +	49.85
5 Restricciones +	14.69
6 Pérdidas	88.84
TOTAL MERCADO MAYORISTA =	541.98
Costo unitario ElectroHuila + Mercado =	969.1

Histórico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	3	116	2024	9	102
2025	2	112	2024	8	118
2025	1	112	2024	7	118
2024	12	114	2024	6	147
2024	11	108	2024	5	229
2024	10	117	2024	4	187

Promedio de la cuenta	Consumo mes año anterior
113	187

Conceptos ElectroHuila

Concepto		Valor
21	Consumo Periodo	119,200
110	Interes moratorio	30
607	Ajuste Decena	1
995	Subsidio	<54,796>

Cálculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-07010765	ELS	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	6552	6429	1	123

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCobrar
1	1	130	123 KW/h	$523.6059	$119.200	-46%	$64.404

TOTAL

Financiación ElectroHuila

Descripcion	Saldo

Tasa de interés 0%

CUFE e590f6ba3dc5bb4c64fba33ed8ce9f94c023f17e9eac79d49efd0e184ced399bb9c34e59a9fcef87c36ca1
Numero de Factura Electronica EH-2758785 Numero de factura: 86058732

Fecha de emisión	Mi último pago fue	Tengo plazo de pagar hasta	Me quedo sin servicio a partir de
15/04/2025	$69,800 31/03/2025	28/04/2025 Vencimiento	Suspensión

Valor Energía ElectroHuila	+ Valor Servicio de Aseo	+ Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)	+ Valor Otros Cobros	=
$64,435		$10,305	$0	$74,740 TOTAL A PAGAR

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN
Reporta cualquier novedad relacionada con la prestación del servicio
01 8000 952 115 | 3134354436
PQR: radicacion@electrohuila.co
www.electrohuila.com.co
24/7

¡Escanea! paga en línea

Pag: 1123

(415)7707274499679(8020)0428373527(3900)0000074740(96)20250428

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Pendiente.

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO EN VIRTUD DEL ARTICULO 130 DE LA LEY 142 DE 1994 MODIFICADA ART. 18 LEY 689 DE 2001

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORRETENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 08/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA. ARTICULO 51 ACUERDO 028 DE 2018

AUTORRETENEDORES DE RENTA RESOLUCIÓN No. 547/2002 D.IAN AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN No. 18760982815296 DE 12-11-2024

Powered by CamScanner

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1080268443
NOMBRES	DYLAN FELIPE
APELLIDOS	BONILLA GONZALEZ
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.	CONTRIBUTIVO	01/05/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	05/15/2025 10:21:58	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

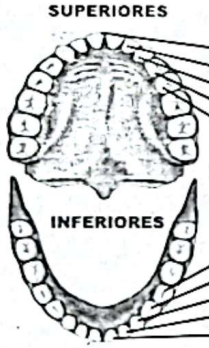
Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Powered by CamScanner

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



RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

los primeros dientes debe limpiarlos con un algodón o una gasa húmeda cuando los dientes temporales están completos enseñar al niño la forma correcta de capillarse 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. Procura 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, lávе las manos y los dientes, córtale 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. Hable 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 tareas 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).
- La 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		1a DOSIS / UNICA	2da DOSIS		3ra DOSIS		A los 12 meses de edad	
			Fecha	Fecha		Fecha		Fecha	
				Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	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							
	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)							
Adicionales								

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.



CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2021	AGOSTO	24			
2022	FEBRERO	12			
2022	FEBRERO	14	8:00		
2022	JUNIO	17	8:20		
2022	JUNIO	11	8:00		
2023	AGOSTO	10	8:00		
2023	FEBRERO	13	8:00		
2023	FEBRERO	20	8:00		
2023	DICIEMBRE	05	8:00		
2024	MAYO	10	8:00		
2024	DICIEMBRE	20	8:00		
2025	ENERO	14	7AM		
2025	SEPTIEMBRE	22	7AM		
2026	SEPTIEMBRE	26	7AM		

Atención con Calidad Humana

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: Dylan Felipe Bonilla Gonzalez
Fecha de nacimiento: 20-septiembre-202
Registro Civil: 1080268443
Teléfono: 3153627146
Dirección: Lauches
Barrio o Vereda: la palma
Nombre Responsable del Niño: Maira Janith Gonzalez Rojas
EPS afiliación: Comfamiliar Cordoba
Sitio de atención: ese juan ramon N

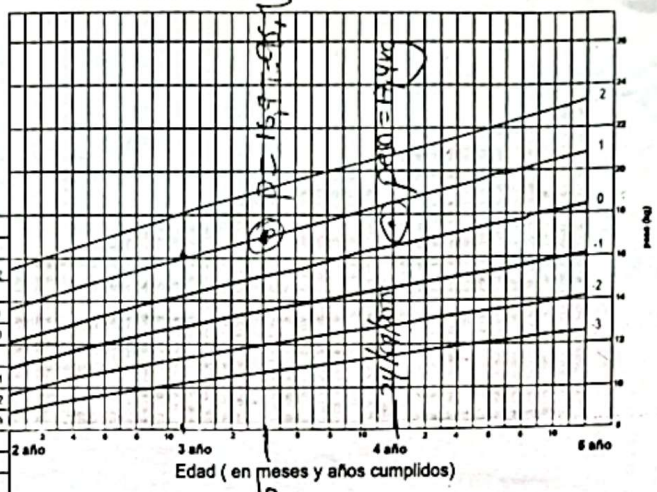
ESTE CARNÉ ES DE USO EXCLUSIVO DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS ADULTOS DE SU HOGAR LO RECOMIENDEN

Powered by CamScanner

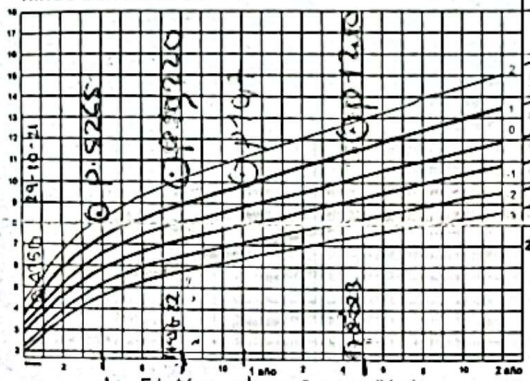
INTERPRETACIÓN DE LA CURVA DE CRECIMIENTO



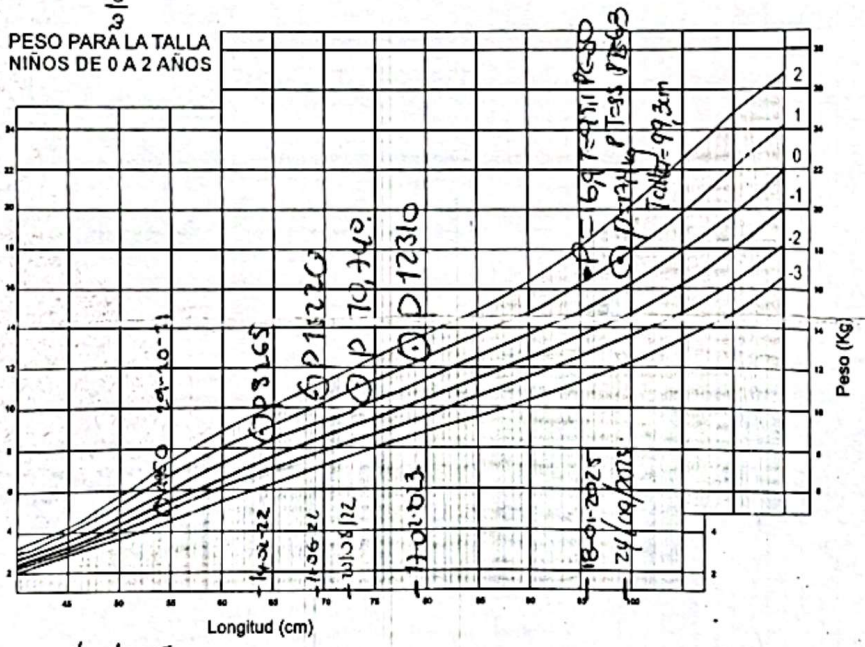
Peso para la Edad
Niños de 2 a 5 años



PESO PARA LA EDAD
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS



PESO PARA LA TALLA
NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS



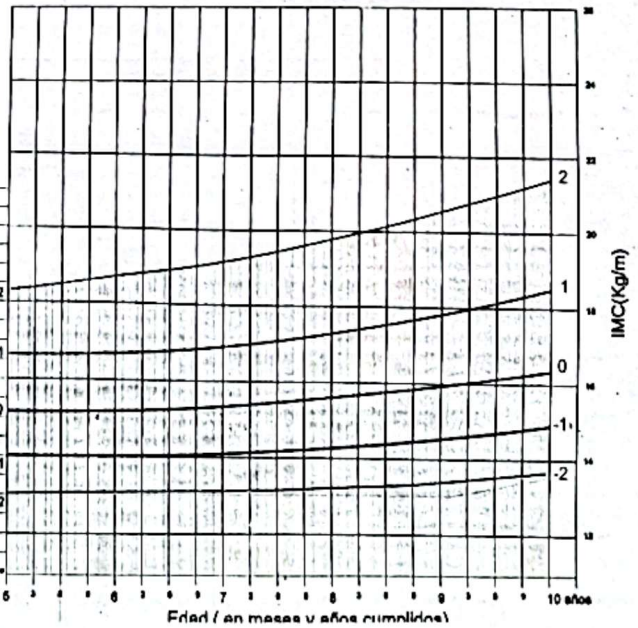
PESO PARA LA TALLA
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS

01-08-23
P: 13.5kg
T: 82.1cm
PC: 48.5 cm
PT: 53cm
PB: 16cm
06-12-2023
P: 14.35kg
T: 89.5
PC: 47.8
PT: 54
PB: 16

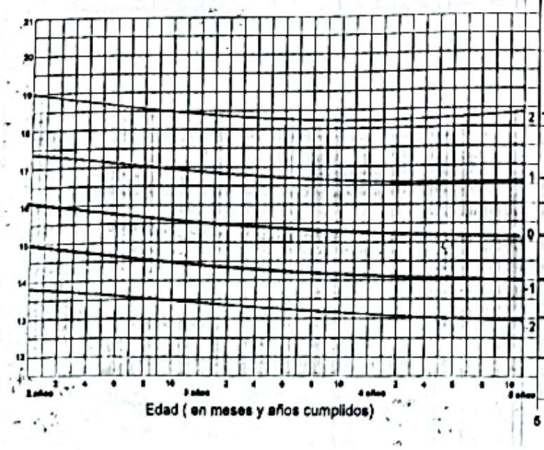
6-05-2024
15.5 kg.
90.cm.
C 49.5
T 55.
3 16.

24/09/2025
4 AÑOS
Peso = 17,4kg
Talla = 99,3cm
PC = 50,5
PT = 58
PB = 17.

INDICE DE MASA CORPORAL
NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS



INDICE DE MASA CORPORAL
NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS



Powered by CamScanner

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				
	Cardipopatia 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

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

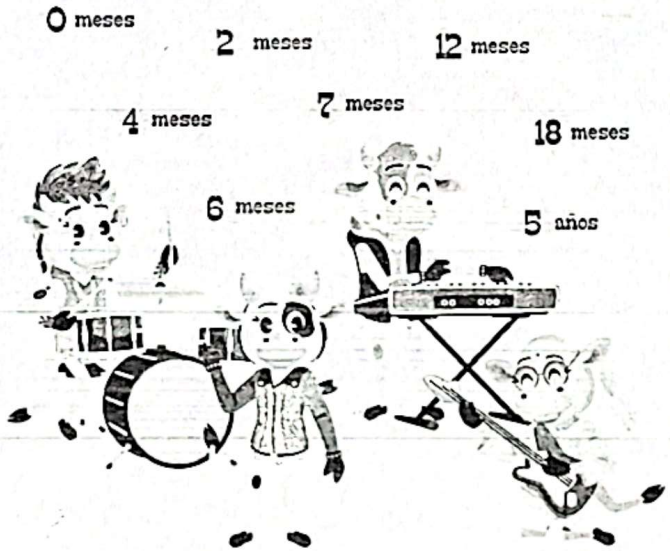
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o Igual a 20 normal

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

Tuberculosis meningea, 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: Dilan Felipe Bonilla Gonzal
Fecha de nacimiento: 20-09-21
Nº de certificado de nacido vivo: 16803150
Registro civil: J.080.268.443
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O+ ComFam: C
Peso al nacer: 3260 gr Talla: 38.3 cm
Dirección: Betania "los pinos"
Teléfono 1: 3153627146
Teléfono 2: 3134199042
Responsable: Maira Gonzalez
Municipio de residencia: La Argentina
Departamento: Huila CC 1080265.394

Cita: 23 Septiembre 2026 (5 años) 8am.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

3205013268. Alma.

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Dylan Felipe Bonilla Gonzalez Tipo Identificación: EC No. ID: 1080268443

Edad	Me protege de		Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de Lote									IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐																				
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)		Única	20	09	21	Serum	0	5	7	0	M	A	0	22		HOSP	—			Alirio
	Hepatitis B		Recién nacido	21	09	21	Serum	0	3	2	0	J	G	14	M		HOSP	21	NOV	21	Jefe J.
	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐																				
2 meses	Poliomielitis (VIP)		1.ª	20	11	21	BiHiven Biolo	2	1	0	5	C	C	1	A		ESE Juan Ram	20	01	22	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	20	11	21	Serum	2	E	5	0	X	C	3	5	A	ESE Juan Ram	20	01	22	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	1.ª	20	11	21	Serum	2	E	5	0	X	C	3	5	A	ESE Juan Ram	20	01	22	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	20	11	21	Serum	2	E	5	0	X	C	3	5	A	ESE Juan Ram	20	01	22	Leidy Robayo
	Diarrea por rotavirus		1.ª	20	11	21	GlaxoSmith	A	E	5	1	C	E	3	5	A	ESE Juan Ram	20	01	22	Leidy Robayo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		1.ª	20	11	21	GlaxoSmith	A	5	P	N	B	3	1	5	B	A	ESE Juan Ram	20	01	22	Leidy Robayo
	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐																				
4 meses	Poliomielitis (VIP)		2.ª	22	01	22	BiHiven Biolo	2	1	1	4	0	C	6			ESE Juan Ramo	23	03	22	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	22	01	22	Serum	2	E	5	0	X	C	3	5	B	ESE Juan Ramo	23	03	22	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	2.ª	22	01	22	Serum	2	E	5	0	X	C	3	5	B	ESE Juan Ramo	23	03	22	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	22	01	22	Serum	2	E	5	0	X	C	3	5	B	ESE Juan Ramo	23	03	22	Leidy Robayo
	Diarrea por rotavirus		2.ª	22	01	22	GlaxoSmith	A	E	5	1	C	E	3	5	A	C	ESE Juan Ram	—	—	—	Leidy Robayo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		2.ª	22	01	22	GlaxoSmith	A	5	P	N	B	3	1	5	B	A	ESE Juan Ram	—	—	—	Leidy Robayo
	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐																				
6 meses	Poliomielitis (VIP)		3.ª	26	03	22	BiHiven Biolo	2	1	1	4	0	0	6	A		ESE Juan R	28	03	22	Milena B.
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	26	03	22	Serum	2	9	5	X	0	0	3	9	A	ESE JRNP	—	—	—	Milena B
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	3.ª	26	03	22	Serum	2	9	5	X	0	0	3	9	A	ESE JRNP	—	—	—	Milena B
	PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	26	03	22	Serum	2	9	5	X	0	0	3	9	A	ESE JRNP	—	—	—	Milena B
	Influenza estacional		1.ª	21	5	21	Green Cross	V	5	0	2	1	1	0	0	6	ESE JRNP.	23	6	22	Leidy Robayo
7 meses	Influenza estacional		2.ª	09	07	22	Greencross	V	5	0	5	R	3	0	0	6	ESE Juan Ram	en nuevo			Leidy Robayo
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		1.ª	13	10	22	Serum	A	D	D	N	B	3	4	2	A	A	ESE Juan R	20	09	26	Leidy Robayo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		Refuerzo	13	10	22	GlaxoSmith	0	1	3	0	N	1	3	2	B	—	ESE Juan R	—	—	—	Leidy Robayo
	Varicela		2.ª	13	10	22	Merk Sharp.	W	0	2	2	0	8	4	—	—	—	ESE Juan R	20	09	26	Leidy Robayo
	Hepatitis A		Única	13	10	22	Merk Sharp	W	0	0	4	8	0	2	—	—	—	ESE Juan R	—	—	—	Leidy Robayo
	Influenza estacional		Anual	20	03	23	Biopharma	V	5	0	5	2	3	0	0	4	—	ESE Juan Ram	—	—	—	Leidy Robayo
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		1.er refuerzo	24	03	23	Biliheven Biologicals.	2	2	0	6	0	1	2	A	-	-	ESE Juan Ramon	23	09	23	Milena Bravo
	Pentavalente		1.er refuerzo	24	03	23	Serum	2	8	5	1	X	0	4	0	C	-	ESE Juan Ramon	—	—	—	Milena Bravo
	Fiebre amarilla		Única	24	03	23	Sanofi Pasteur	V	3	N	2	1	1	V	-	-	-	ESE Juan Ramon	—	—	—	Milena Bravo
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		2.º refuerzo																		
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		2.º refuerzo																		
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		2.ª	24	03	23	Serum	0	1	3	1	N	L	0	7	B	-	ESE Juan Ramon	—	—	—	Milena Bravo.
	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	Sarampion-rubr		1 Da	12	11	22	Serum	0	1	2	2	W	0	1	6	-	-	ESE Juan Ram	—	—	—	Leidy Robayo

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.

Powered by CamScanner

CONSULTORIO ODONTOLÓGICO

Lida Teresa Rincón Silva

Fecha: 19 - Mayo - 2015.

Nombre: Dylan Felipe Bonilla González

R./ Certificado:

Paciente de 3 años de edad que acude a Consulta en Compañia de sus padres. Dentisión temporal, buena adaptación Se realiza profilaxis, se explican técnicas de Cepillado y Se da cita de Control en 6 meses.

CONSULTORIO ODONTOLÓGICO
Lida Teresa Rincón Silva

Neiva
Calle 18A # 7 - 56
(608) 857 8547
Cel: 320 837 3061

La Plata
Calle 4 # 3 - 59
320 845 8637

La Argentina
Calle 5 # 4 - 56
312 594 8975

Powered by CamScanner

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

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): Dylan felipe Bonilla G con RC No 1080 268.443 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 19 del mes Mayo del año 2025, en el Municipio de La Argentina.

MAIRA GONZALEZ
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Lina Vanessa Muñoz
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 Dylan Felipe Bonilla Gonzalez

Fecha de nacimiento 20 09 2021 N° Documento de Identidad 1080268443

Sexo Masculino ○ Femenino ○ Fecha de 1er día de atención en el año 19 05 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo 26 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)*

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Lina Vanessa Muñoz

Fecha de registro 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)*

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

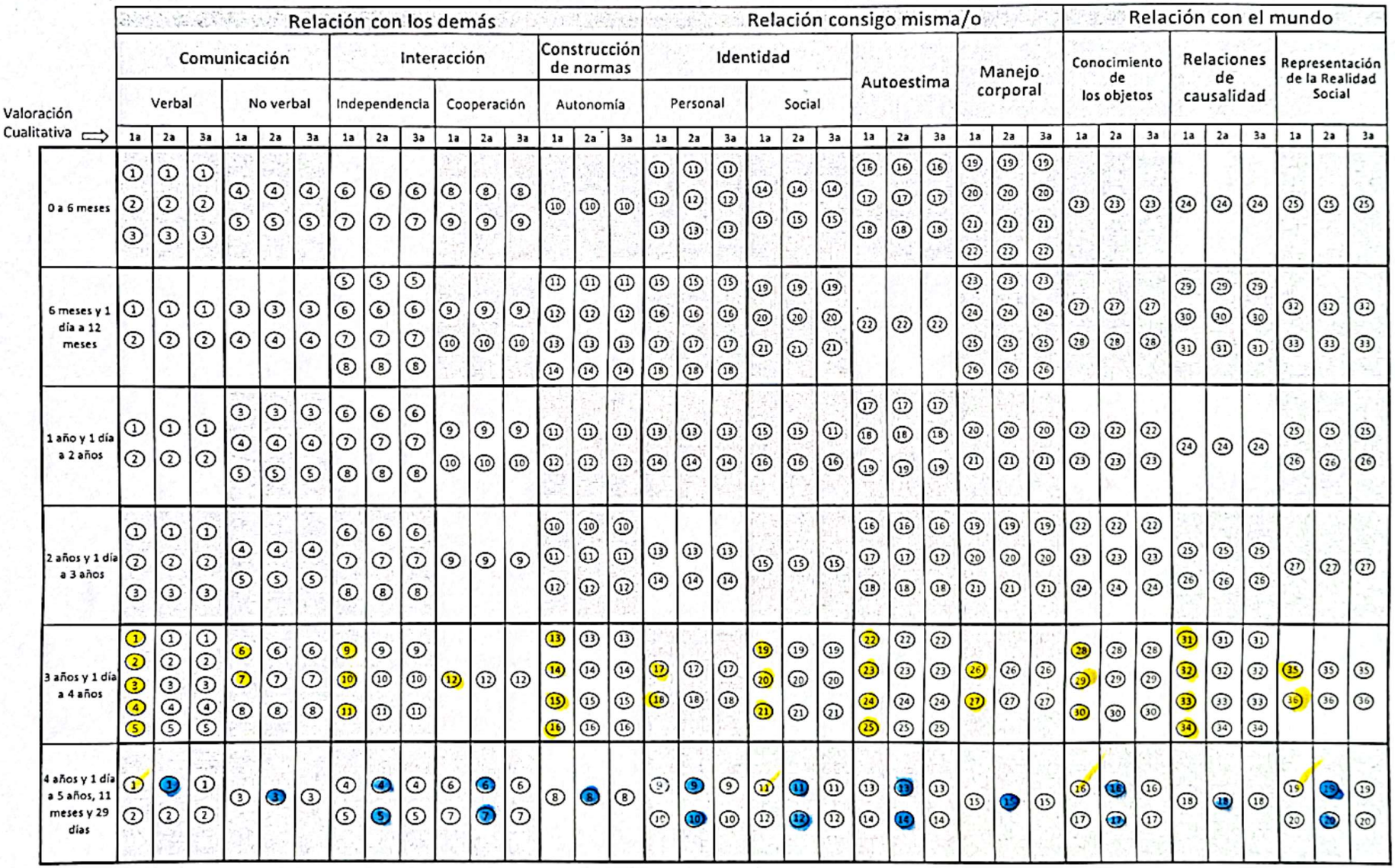
Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

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)*

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

Ca Argentina Huila, 19 - Mayo - 2025

Señores
Fundación Grupo Libertad.
La ciudad

ASUNTO: AUTORIZACION PARA LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MI HIJO

Cordial saludo,

Yo, MAIRA GONZALEZ ROJAS como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 1080265399 y DIEGO FELIPE BONILLA como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número 1080266049; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

Orfa Jara c.c. 26 526 920
Alexander Cabrera c.c. 12. 266 167
Emilse Bonilla c.c. 55. 212 365

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) Dylan felipe Bonilla Gonzalez de la profesora Lina Vanessa Muñoz.

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

MAIRA GONZALEZ

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 Dylan felipe Bonilla Gonzalez, identificado (a) con documento de identidad número 1080.268.443, 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	1

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, MAIRA GONZALEZ, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1080265399, 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_____, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa _____

Suscriben:

Firma: MAIRA GONZALEZ
Nombre: MAIRA GONZALEZ
Calidad - Titular: X Representante legal: X
Teléfono de contacto:
Fecha: 19 - Mayo - 2025
Municipio: La Argentina

Powered by CamScanner