REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.080.268.594

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60366741

• 60366741 •

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] 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
GONZALEZ	BURITICA

Nombre(s)

THIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes FEB Día 25	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	170982196

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

BURITICA MORENO MARIED

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.264.405	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

GONZALEZ HERNANDEZ ROBINSON ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.264.055	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ HERNANDEZ ROBINSON ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.080.264.055	Robinson Andres Gonzalez

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 MAR Día 01	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

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL — Adhesivo Copia Registro Civil 28991407-5

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

01 MAR 2022

REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.080.264.405**
BURITICA MORENO
APELLIDOS
MARIED
NOMBRES

MARIED BURITICA
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **15-FEB-1995**
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-FEB-2013 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1904700-00435286 F-1080264405-20130510 0032989340A 1 38715327

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.080.264.055**

GONZALEZ HERNANDEZ

APELLIDOS

ROBINSON ANDRES

NOMBRES

Robinson Andres Gonzalez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **13-JUL-1994**

LA ARGENTINA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-JUL-2012 LA ARGENTINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1904700-00428036-M-1080264055-20130315 0032530937A 1 36517593

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 17/05/2025

Ficha: 41378012504400000074

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: THIAGO

Apellidos: GONZALEZ BURITICA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268594

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 24/04/2020

Última actualización ciudadano: 02/03/2022

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: CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ

Dirección: Calle 6 No 3 - 52

Teléfono: 3176617965

Correo Electrónico: administradorsisben@laargentina-huila.gov.co

Powered by CamScanner

ElectroHuila
NIT. 891.180.001 -1

SU CÓDIGO CUENTA NIU
899156410

Para cualquier consulta o pago electrónicos
www.electrohuila.com.co

TOTAL A PAGAR
$ 42.650

FACTURA DE VENTA No. 76808103

FECHAS DE LECTURAS: 09-MAR-2023 a 08-MAY-2023
FECHA SUSPENSIÓN: 31-MAY-2023

INFORMACIÓN CLIENTE

Nit CC	1080264055
Ruta	4583407000
Ciclo	070
Estrato	1
Dirección	VDA BETANIA CS
Inicial	LA ARGENTINA
Clase Servicio	Residencial

INFORMACIÓN TÉCNICA

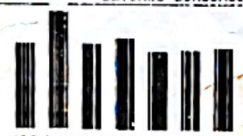
Tipo Tensión	1 SECUNDARIA
Carga Contratada	0
Grupo	4
Circuito	6500332
Nombre	
Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Medidor	Marca	I.E	I.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (Kwh)
21910...	BELN	A	S	00	1444	1322	1	122

Acreedor Cuenta 112 | Diagnóstico Anterior 106 | Consumo Facturar 106

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
ABR	122
FEB	168
DIC	122
OCT	129
AGO	110
JUN	113
ABR	116

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU:13 DIU:34.1183164C48
EC:0 VC:13 VCT:0
VCF:0 CIC:0
Valor Consensar

ULTIMO PAGO

Fecha 27/03/2023
Valor $ 41300

LIQUIDACIÓN CONSUMO PERIODO

Consumo(Kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)	Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
0	825.4851	50355			
61	839.1881	51190			

Valor Total Energía del Periodo	$ 101.545
Valor (Subsidio Contribución k)	$ - 60.927
Valor Total Energía Facturada	$ 40.619

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
Consumo Facturado	$ 101.545
Inversión Alum. Publico	$ 2.031
Ajuste Decena	$ 1
Subsidio	$ - 60.927

TIPOS CARGOS	$ 0
ALUMBRADO P	$ 2.031
VALOR ELECTRICIDAD	$ 40.619

TOTAL A PAGAR
$ 42.650

ELECTRODOMÉSTICOS

ARTICULO	C PEND	TOTAL CUOTAS	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

Consumo Kwh | Gran | No Fact

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 376.0 Tm: 52.0 Pfin,m: 79.0 Dn,m: 265.0 Rm: 17.0 Cv,m: 1
19.0 CUv,n,m: 839.1881 ($/Kwh)

CREDIVALORES

LIQ	CAPITAL	INTERESES	INT. MORA

ElectroHuila

ElectroHuila
NIT. 891.180.001 -1

Código de Cuenta : 899156410
Factura de Servicios Públicos No: 76808103
Periodo ABR 2023 Fecha de Vencimiento: 29-MAY-2023
Suspensión a partir de 31-MAY-2023

Valor Total a Pagar $ 42.650

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	1080266594
NOMBRES	THIAGO
APELLIDOS	GONZALEZ BURITICA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA ARGENTINA

Datos de afiliación :

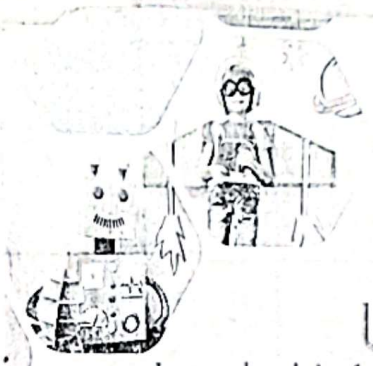
ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/11/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	05/17/2025 10:38:12	**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

Powered by CamScanner



Uso del carné
de salud infantil Medimás EPS

El carné de salud infantil es un documento muy importante para los papitos y mamitas, médicos, enfermeros y cuidadores de todos los niños de MEDIMÁS EPS, ya que reflejará un seguimiento detallado de las condiciones de salud, crecimiento, desarrollo y vacunación de tu hijo (a) desde el nacimiento hasta el egreso del programa de crecimiento y desarrollo.

Por eso, es muy importante que conozcas el contenido de este documento y si tienes alguna duda sobre la información de este, consulta al médico o enfermera que atiende a tu hijo y ellos resolverán todas tus inquietudes.

Por favor cuídalo y llévalo siempre contigo, cuando asistas a consulta de crecimiento y desarrollo y a controles médicos o vacunación.

Este documento es personal e intransferible, en caso de perdida por favor remitirlo a:

Mamá _____ Papá _____

Otro _____

3857

Mis datos

Mi nombre completo es: Thiago Gonzalez Bonilla
Nací en: Municipio: Neiva | Dpto: Huila
El día 25 Del mes 02 Del año: 2022 | Sexo: F: ___ M: X
Mi peso al nacer fue: 3310 | Mi talla al nacer fue: 48
Mi tipo y grupo sanguíneo es: O | Rh: +
Mi resultado de TSH fue: _____
Mi número de registro civil es: 1080268594
Mi EPS es: Ecoopsos.
Soy alergico(a) a: _____
Utilizo algún medicamento especial: _____

Datos familiares

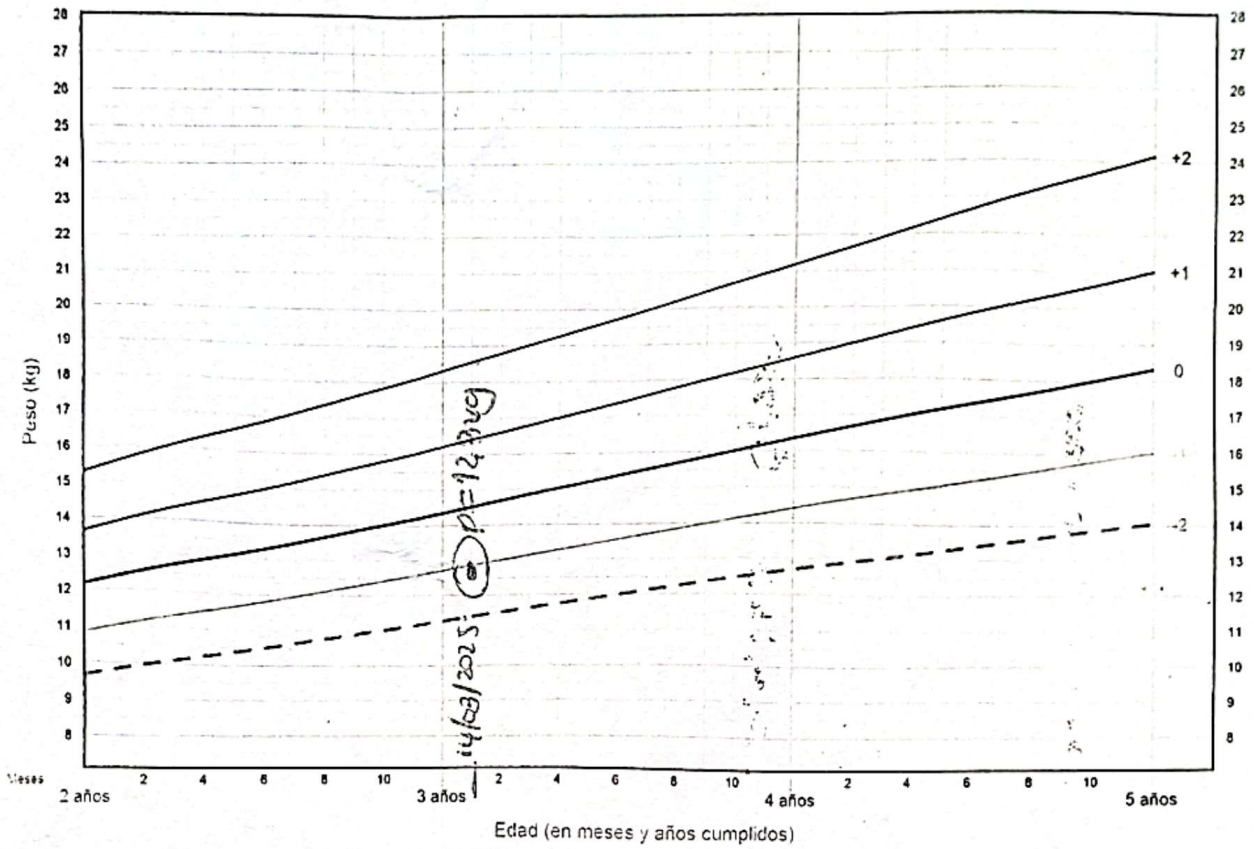
Mi mamá se llama: _____ | Teléfono: _____
Mi papá se llama: _____ | Teléfono: _____
Antecedentes familiares importantes: _____

Datos de mi nacimiento

Cuando nací mi mami tenía: __ de edad | Nací por vía: Normal: __ Cesárea: __
Lugar de atención: _____
Cuando nací, ¿Quedé hospitalizado?: Si: __ No: __ Por qué: _____
Mi mami realizó controles prenatales: Si: _____ No: _____
Cuando nací mi mami tenía ____ de edad gestacional, Mi médico dijo que había nacido: A término: _____ Pretérmino: _____
Postérmino: _____

Powered by CamScanner

PESO PARA LA EDAD NIÑOS Puntuación Z (2 a 5 años)



MIS CONTROLES

Escriba aquí los datos significativos de la salud del niño o niña.

Fecha de Medición	Edad	Peso	Talla	Índice Masa Corporal (IMC)	Perímetro Cefálico	Próximo Control	Responsable de Valoración	Responsable del Procedimiento
29-03-2022	1m	4780	525		36.5	27-mayo-2022		
17-05-2022	3M	6060	57		38.	29-julio-2022.		
29-07-22	5m	6.815	60.2		41.6	29-sept-2022		
29-10-22	8M	7400	65.4		42.5	17-dic-2022.		
21-01-2023	10m	7780	68		44	02-junio-2023.		
30-05-2023	15m	8490	72		44	29-Noviembre-2023		
29-NOV-2023	1A	10010	78		45	26-04-2024		
26/4/24	2A	10.4	80.		47	07-09-2024		
21-09-24	31m	11.0	83.5		46	14-03-2025		
14-03-2025	3A.	12,3	89,5.		PC=47,8 PT=50,5 PB=14,5	PX control ⇒ 28/02/2026.		

Powered by CamScanner

Cita: 25 febrero - 2022
Salud vital 8:00 am

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardiopatía 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

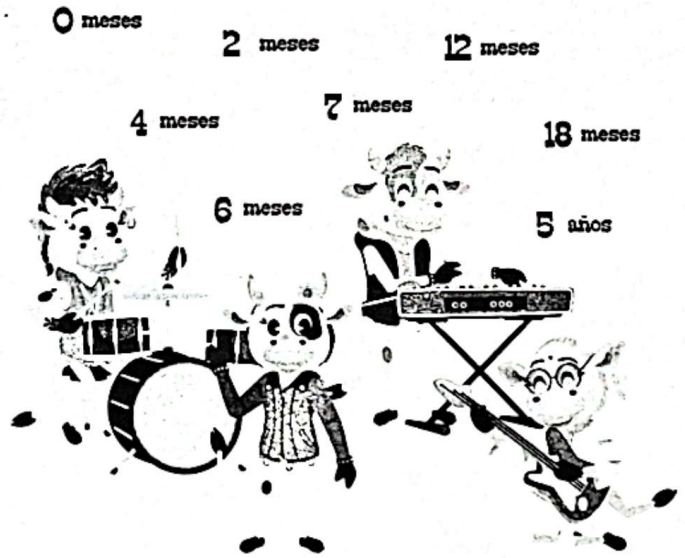
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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



Ministerio de Salud y Protección Social

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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Thiago Gonzalez Buritica
Fecha de nacimiento: 25- febro 2022
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1080268594
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O+ Rh(+)
Peso al nacer: 3310 Talla: 38 56.
Dirección: Vereda Betania Zona Argentina
Teléfono 1: 3122546099
Teléfono 2: 3205013268. vacunación.
Responsable: Mined Buritica
Municipio de residencia: Moreno
Departamento: Huila.
CC 1080264405

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Thiago González Buntica — Tipo Identificación: — No. ID: 1080268594

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
Recién nacido							Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐					
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	25	02	22	Serum	[illegible]	[illegible]				[illegible]
	Hepatitis B	Recién nacido	25	02	22	Serum	[illegible]	[illegible]				[illegible]
2 meses							Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	27	04	22	Biological.	211404 0 6 A - -	La Argentina				Jeidy Robayo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	27	04	22	Serum	2 8 5 0 Y 0 3 8 A -	E.S.E.				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	27	04	22	Serum	2 8 5 0 Y 0 3 8 A -	Juan Ramón				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	27	04	22	Serum	2 8 5 0 Y 0 3 8 A -					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	27	04	22	GlaxoSmith	A R O L C 8 7 1 A D	Nuñez Pulido	27	Jun	22	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	27	04	22	GlaxoSmith.	A J D N B 3 2 1 C A					
4 meses							Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	30	06	22	Bithoven Bioc	2 1 1 4 0 0 6 A - -	ESE Juan Ram	30	08	22	Jeidy Robayo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	30	06	22	Serum	2 8 5 1 X 0 0 J D -	ESE Juan Ramo	30	08	22	Jeidy Robayo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	30	06	22	Serum	2 8 5 1 X 0 0 J D -	ESE Juan Ramo	30	08	22	Jeidy Robayo
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	30	06	22	Serum.	2 8 5 1 X 0 0 J D -	ESE Juan Ramo	30	08	22	Jeidy Robayo
	Diarrea por rotavirus	2.ª	30	06	22	GlaxoSmith	A R O L 0 3 A A B	ESE Juan Ramo	-	-	-	Jeidy Robayo
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	30	06	22	GlaxoSmith.	A S P N B 3 4 0 A B	ESE Juan Ramo	25	02	23	Jeidy Robayo
6 meses							Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	14	09	22	Bithoven	2 1 4 1 0 1 4 - - -	E.S.E	14	04	23	
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	14	09	22	Serum	2 8 5 1 X 0 0 J E -		14	04	23	
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	14	09	22	Serum	2 8 5 1 X 0 0 J E -		14	04	23	
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	14	09	22	Serum	2 8 5 1 X 0 0 J E -	Juan Ram	14	04	23	
	Influenza estacional	1.ª	14	09	22	Green(col).	U 5 0 2 2 2 0 0 6 -	Nuñez.	14	10	22	
7 meses	Influenza estacional	2.ª	14	10	22	Green(col)	U 5 0 2 2 2 0 0 6 -					
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	28	02	23	Serum	0 1 3 N 1 0 8 5 A -	ESE Juan Ramon	22	09	23	Jeidy Robayo
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	28	02	23	Pfizer	F R 4 8 9 5 - - - -	ESE Juan Ramon	—	—	—	Jeidy Robayo
	Varicela	2.ª	28	02	23	Merck sharp Dohme	W 0 1 6 9 4 A - - -	ESE Juan Ramon	—	—	—	Jeidy Robayo
	Hepatitis A	Única	28	02	23	Merck sharp Dohme	W 0 0 4 B 0 2 - - -	ESE Juan Ramon	—	—	—	Jeidy Robayo
	Influenza estacional	Anual	20	05	23	Biopharma.	V 5 0 5 2 3 0 0 4 -	ESE Juan Ramo	—	—	—	Jeidy Robayo
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	28	04	23	Bithoven Bioc	2 2 3 4 0 0 A - - -	ESE Juan Ramo	-	-	-	Jeidy Robayo
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	28	04	23	Serum	2 8 5 1 9 0 3 J A -	ESE Juan Ramo	—	—	—	Jeidy Robayo
	Fiebre amarilla	Única	28	04	23	Sanofi pastr.	U 3 C 5 9 A U - - -	ESE Juan Ramo	—	—	—	Jeidy Robayo
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	08	04	23	Serum	0 1 3 1 N 0 8 2 A -	ESE Juan Ram	—	—	—	Jeidy Robayo
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

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

Powered by CamScanner

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Thiago Gonzalez Bonilla	**DOCUMENTO:** 1080268594
CONTROL DE PLACA **FECHA DE ATENCIÓN:** 21 Agosto 2025	**PROXIMA FECHA:** 21 Febrero 2026
EXPEDIDO POR: Carolina Bolaños Vargas Aux. Salud Oral C.C. 1080266471	

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 Thiago Gonzalez Burifica

Fecha de nacimiento Día 25 Mes 02 Año 22 **N° Documento de Identidad** 1.080.268.594

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Cina 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 Cina Vanessa Muñoz

Fecha de resgistro cualitativo Día 29 Mes 10 Año 2025

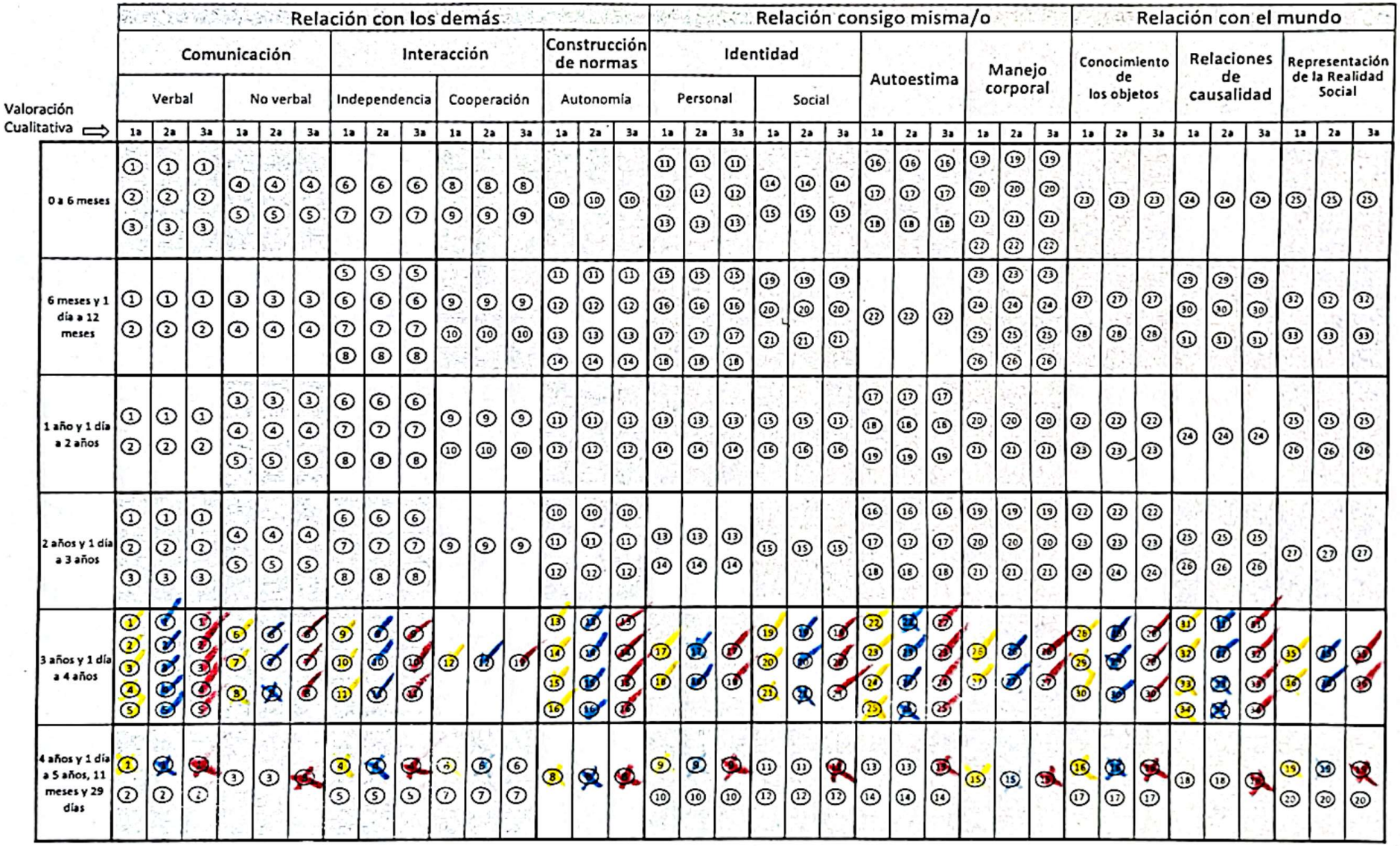
Rango de edad
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ●

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**
	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 F. 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): Thiago Gonzalez Buritica con RC No 1080268594 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.

Mario Buritica
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Lina Vanessa Muñoz
MADRE COMUNITARIA

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
Fundación grupo libertad
La ciudad

ASUNTO: AUTORIZACION PARA LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MI HIJO

Cordial saludo,

Yo, Maried Buritica Morero como madre de familia, identificada con la cédula de ciudadanía número 1080264905 y Robinson Gonzalez. H. como padre de familia, identificado con la cédula de ciudadanía número 1080264055; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

Jesús Gonzalez H. c.c. _____
Brayan Gonzalez H. C.c. _____
_____ C.c. _____

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) Thiago Gonzalez Buritica de la profesora Lina Vanessa Muñoz Tapiero.

Se entrega copia de las cedulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

Maried Buritica

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 Thiago Gonzalez Bonilla, identificado (a) con documento de identidad número 1080268599, 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	
	X		X		X		X	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Maried Bonilla Moreno, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1080264905, 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: Maried Bonilla
Nombre: Maried Bonilla Moreno
Calidad - Titular: X Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3122594899
Fecha: 03 - Febrero - 2025
Municipio: La Argentina Huila.

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner