Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS NIÑO/A PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD INSTITUCIONAL

UDS: CDI LA ARGENITNA
PARTICIPANTE: SHARIK XIOMARA BONILLA CERON
RC X **No.** 1145833079



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotografía física, va sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Fotocopia del documento de identidad (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF. – ó Acta de visita para criterios de focalización	Formalización del cupo	Actualización cada 3 meses	✓		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo y Seguimiento	Cada 3 meses	✓		

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

63851716

NUIP	1145833079

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **63851716**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código	D	U	W
X									

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

COLOMBIA - HUILA - LA PLATA LA PLATA H.D. S.A DE PADUA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BONILLA	CERON

Nombre(s)

SHARIK XIOMARA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes ENE Día 06	FEMENINO	A	NEGATIVO

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	23015610278399

Datos de 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

CERON ERAZO KATELEN ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1080260151	COLOMBIA

Datos de padre o madre (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 FIGUEROA AVEL ANCIZAR

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1080266138	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BONILLA FIGUEROA AVEL ANCIZAR

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1080266138	

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 2023 Mes ENE Día 13	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS.FOLIO 35;13/01/2023

Adhesivo Copia Registro Civil

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 11/09/2025

Ficha: 413780031030900000496

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SHARIK XIOMARA

Apellidos: BONILLA CERON

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1145833079

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/05/2024

Última actualización ciudadano: 07/05/2024

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

70

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	1145833079
NOMBRES	SHARIK XIOMARA
APELLIDOS	BONILLA CERON
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	24/04/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

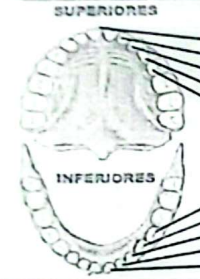
Fecha de Impresión:	09/11/2025 19:23:35	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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 EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el

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 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

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

No le de aceite para pórgalos. Evite que su niño se acerque a los enfermos. No le de aceite para pórgalos 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).
- Le cnilla el pecho o respira con dificultad.
- Respira más de 60 veces por minuto.
- Presenta deposiciones diarreicas o líquidas.
- Presenta fiebre alta(mayor a 39° o líquidas.
- Presenta Fiebre más de 3 días.

EDAD	TIPO DE VACUNA		1 a DOSIS / 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, a la Unidad de Rehidratación Oral URODS más cercana, o al Hospital.

	EDAD		EDAD
Pestaña reportamiento Sigue con los ojos el movimiento de un objeto. Se sorprende con el ruido. Sigue movimientos del rostro.		Sale en los dos pies Hace torre de 3 ó + cubos. Dice más de 25 palabras claras. Controla diurno de pipi.	
A LOS 3 MESES Sostiene la cabeza. Se lleva objetos a la boca. Balbucea con las personas. Se voltea cuando se le habla.		A LOS 24 MESES Camina hacia atrás. Separa objetos grandes y pequeños. Usa pronouns compuestos. Se lava solo las manos y la cara.	
A LOS 6 MESES Sienta sentarse solo. Pasa objetos de una mano a otra. Reconoce nombre de la Mamá. Pura atención a la conversación.		A LOS 48 MESES Cuenta y agarra la pelota. Copia cuadrados y círculos. Describe bien un dibujo. Tiene un amigo especial.	
A LOS 9 MESES Se sienta por el solo. Agarra objetos con los dedos. Pulgar e índice. Dice una palabra clara. Imita sonidos.		A LOS 72 MESES Pasa saltando y agarra la pelota. Dibuja escalera. Nombra 4 ó 5 colores. Organiza juegos.	
A LOS 12 MESES Se para solo. Busca objetos escondidos. Entiende orden sencilla. Bebe en la taza solo.		A LOS 96 MESES Sale diestro 60 veces de ellura. Dibuja casa. Conoce días de la semana. Comenta vida familiar.	
A LOS 15 MESES Come. Pasa bolas de un lado. Reconoce sola objetos. Anda durante las 12 de bolla.		A LOS 24 MESES Sale diestro en pies. Copia una figura de tres cerros. Conoce ayer, hoy y mañana. Conoce todos los números.	

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2023	Febrero	21	8:00		
2023	Abril	24	8:00		
2023	Junio	28	8:00		
2023	Septiembre	29	8:00		
2023	Diciembre	27	8:00		
2024	Enero	23	8:00		
2024	Marzo	25			
2025	FEBRERO	25	8AM		
2025	JULIO	21	8AM		
2026	Febrero	22	8AM		

Nuestro Compromiso / la Humanización del Servicio!

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

P 4130 5934
T 34.5 cm
Ref. A

Nombre: Shayk Xiomara Bonilla Cerón
Fecha de nacimiento: 06-01-2023
Registro Civil: 1145833079
Teléfono: 3163588612
Dirección: Torres San Isidro
Barrio o Vereda: Bamo
Nombre Responsable del Niño:
EPS afiliación:
Sitio de atención:

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS AGENTES DE SE LO RECOMIENDE.

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				
	Cardiopatia 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: Sharik Xiomara Bonilla Cer
Fecha de nacimiento: 6-01-2023
Nº de certificado de nacido vivo: 2301561027839 9
Registro civil: 1145833079
Sexo: Femenino Sema Gest. 3
Grupo sanguíneo: A negativo
Peso al nacer: 2219 Talla: 45
Dirección: B. Torres San Isidro
Teléfono 1: 3163588612
Teléfono 2: 3135548072
Responsable: Katelen Ceron Eraz
Municipio de residencia: la Argentina
Departamento: Huila
CC 1080260151 Nueva EPS

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Sharik Yicmara Bonilla. Tipo Identificación: No. ID: 1.145.833.079

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 SI ☐ No ☐											
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	6	01	2023	Serum	03741MA03	HUSP	6-	03-	2023	Katy Julima Ramirez C.C. 53930364 Auxiliar de Enfermería
	Hepatitis B	Recién nacido	6	01	2023	Serum	03210R01B	HUSP				
2 meses	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1°	9	03	23	BiHeum Biolo	22060C12A	ESE Juan Ramon	9	05	23	Leidy Rebolledo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1°	9	03	23	Serum	2E51X02 1E	ESE Juan Ramon	9	05	23	Leidy Rebolledo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1°	9	03	23	Serum	2E51X02 1E	ESE Juan Ramon	9	05	23	Leidy Rebolledo
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1°	9	03	23	Serum	2E51X02 1E	ESE Juan Ramon	9	05	23	Leidy Rebolledo
	Diarrea por rotavirus	1°	9	03	23	GlaxoSmith	AR01DC91A	ESE Juan Ramon	9	05	23	Leidy Rebolledo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1°	9	03	23	Pfizer	FR4BAS	ESE Juan Ramon	9	05	23	Leidy Rebolledo
4 meses	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2°	9	05	23	BiHeum Biolo	22060C12A	ESE Juan Ramon	08	07	23	Leidy Rebolledo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2°	9	05	23	Serum	2E51X04 0C	ESE Juan Ramo	08	07	23	Leidy Rebolledo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2°	9	05	23	Serum	2E51X04 0C	ESE Juan Ramo	08	07	23	Leidy Rebolledo
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2°	9	05	23	Serum	2E51X04 0C	ESE Juan Ramo	08	07	23	Leidy Rebolledo
	Diarrea por rotavirus	2°	9	05	23	GlaxoSmith	AR01D09 1A	ESE Juan Ramo	-	-	-	Leidy Rebolledo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2°	9	05	23	Pfizer	FR4AA12 5	ESE Juan Ramo	6	01	23	Leidy Rebolledo
6 meses	Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3°	11	09	23	BiHeum Biolo	22060C5A-	ESE Juan Ramo	—	—	—	Leidy Rebolledo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3°	11	07	23	Serum	2E51X04 0D	ESE Juan Ramo	—	—	—	Leidy Rebolledo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3°	11	07	23	Serum	2E51X04 0D	ESE Juan Ramo	—	—	—	Leidy Rebolledo
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3°	11	07	23	Serum	2E51X04 0D	ESE Juan Ramo	—	—	—	Leidy Rebolledo
	Influenza estacional	1°	11	07	23	Biopharma	U5C5S2 3E0	ESE Juan Ramo	11	08	23	Leidy Rebolledo
7 meses	Influenza estacional	2°	11	08	23	Biopharma	U5C5S2 3E0	ESE Juan Ramo	—	—	—	Leidy Rebolledo
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1°	19	01	24	Serum	01323NO1B	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebolledo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	19	01	24	Pfizer	FR4A92S	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Rebolledo
	Varicela	2°	19	01	24	Merck Sharp	XC1923S	ESE Juan Ramo	6	07	28	Leidy Rebolledo
	Hepatitis A	Única	19	01	24	Sinovac	2C22015	ESE Juan Ramo	—	—	—	Leidy Rebolledo
	Influenza estacional	Anual	03	03	24	Bytenton	24000G2C1	ESE Juan Ramo	—	—	—	Leidy Rebolledo
18 meses	Poliomielitis (VIP ✓ VOPb ☐)	1er refuerzo	27	07	24	BIOLOGICALS	22360403					
	Difteria, tosferina y tétano (DPT) PENTAVALENTE	Refuerzo	27	07	24	SERUM.	2B52401 3B					
	Fiebre amarilla	Única	27	07	24	BIOMANGUINUS.	L231VFC00	52. HS.				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	27	07	24	SERUM.	01330NO15A					
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
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

EMPRESA SOCIAL DEL ESTAI
813010966 - 1

CERTIFICACION MEDICA

73

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Shanik Xiomara Bonilla Ceron.	**DOCUMENTO:** 1144583329.
CONTROL DE PLACA	
FECHA DE ATENCIÓN: 22 Agosto 2025	**PROXIMO CONTROL:** 22 Febrero 2026
EXPEDIDO POR: Lina Mayerly Lasso H. Auxiliar en Salud Oral C.C. 1.080.263.132 TP # D73	

Powered by CamScanner

74

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
813010966 - 1

CERTIFICACION MEDICA

Certificado No.: **10000703**
Entidad Administradora: **NUEVA EPS** Fecha de Registro: 21-feb-2025
Historia No.: 1145833079

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	SHARIK XIOMARA BONILLA CERON	No.identificación :	RC: 1145833079
Sexo:	F	Edad :	2 Años
Ciudad de residencia:	LA ARGENTINA, HUILA	Estado civil:	SOLTERO
Dirección residencia:	, CENTRO	Teléfono:	3163588612

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : 10.9 Kg Talla : 82 cm

CAMPO VISUAL

Ojo Derecho : Visión normal Ojo Izquierdo : Visión normal

OBSERVACIONES GENERALES

MENOR DE 2 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA DE PREMATUREZ AL NACER DE 34 SEMANAS - PLAN CANGURO, SEGUIMIENTO POR PEDIATRIA POR BAJO PESO EN MARZO DE 2024, EN EL MOMENTO CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, AFEBRIL, HIDRATADA, ORIENTADA, SIN SEÑALES DE MALTRATO EVIDENTES, ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR PARA LA EDAD, SE REALIZA TAMIZAJE VISUAL CON RESULTADO NORMAL EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO, MENOR QUE SOLAMENTE PRONUNCIA LA PALABRA MAMA; MENOR QUE NO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE LE IMPIDAN VIVIR Y RELACIONARSE EN COMUNIDAD, MENOR QUE PUEDE ESTAR EN ENTORNO ESCOLAR BAJO LA SUPERVISION DE UN ADULTO RESPONSABLE.

VARGAS TOVAR DIANA PAOLA
ENFERMERIA
Registro Medico No. 1840
Documento Medico No. CC 1080260003

Mercedes Yulieth Farfán M.
Medico General
R.M. 1.080.264.891

Firma del profesional de la salud

Powered by CamScanner

Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

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 CDI la argentina Huila, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio CORHUELLAS. Manifiesto que he sido informado sobre las responsabilidades que me asisten en el marco del Código de Infancia y Adolescencia contemplado en la Ley 1098 de 2006, el cual expresa con relación al sentido de corresponsabilidad de la familia lo siguiente:

> *"Artículo 14. La responsabilidad parental. La responsabilidad parental es un complemento de la patria potestad establecida en la legislación civil. Es además, la obligación inherente a la orientación, cuidado, acompañamiento y crianza de los niños, las niñas y los adolescentes durante su proceso de formación. Esto incluye la responsabilidad compartida y solidaria del padre y la madre de asegurarse que los niños, las niñas y los adolescentes puedan lograr el máximo nivel de satisfacción de sus derechos. En ningún caso el ejercicio de la responsabilidad parental puede conllevar violencia física, psicológica o actos que impidan el ejercicio de sus derechos".*

En atención a lo anterior, en el marco de las acciones de responsabilidad parental, es mi interés manifestar el compromiso en el proceso de atención a la primera infancia de mi hijo (a): Sharik Xiomara Bonilla con RC No 1145833079 Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al Unidad de Servicio, 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.

Powered by CamScanner

Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

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).

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 Marzo del año 2025, en el Municipio de la Argentina.

Katelen Ceron
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

AGENTE EDUCATIVO

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Argentina Huila

Nombre completo de la niña o niño Shonk Xiomara bonilla ceron

Fecha de nacimiento 06 01 2023 **N° Documento de Identidad** 1745833079

Sexo Masculino ○ Femenino ⊗ **Fecha de 1er día de atención en el año** 03 03 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Yurany Alexandra lopez

Fecha de registro cualitativo 03 06 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

En este primer trimestre shonk se ha mostrado muy callada y reservada frente a sus compañeros, pero aun asi se ha logrado evidenciar un avance en su comunicacion e interaccion con los compañeros.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Yurany Alexandra lopez Medina

Fecha de registro cualitativo 29 09 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

En este segundo trimestre se logra evidenciar que Xiomara cumple con el desarrollo establecido para su rango de edad es una niña que ha mejorado su comunicacion verbal y comportamiento es una niña que corre mos e interactua con sus compañeros

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Yurany Alexandra lopez Medina

Fecha de resgistro cualitativo 19 11 2025

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

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

Observaciones generales

En el transcurso del semestre los niño shonk mejoro notable mente en su comunicacion. interaccion con los demas y su autoestima

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

Powered by CamScanner

+8

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

loración alitativa ⇨	Relación con los demás												Relación consigo misma/o										Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social														
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	①	①	①	④	④	④	⑥	⑥	⑦	⑧	⑧	⑨	⑩	⑩	⑩	⑪	⑪	⑪	⑫	⑬	⑭	⑯	⑰	⑱	㉓	㉔	㉕	㉔	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕
	②	②	②	⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑧	⑨	⑨	⑩				⑫	⑫	⑫	⑬	⑭	⑮	⑰	⑱	⑲	㉔	㉕	㉖						
	③	③	③				⑧	⑧	⑨	⑩	⑩	⑪				⑬	⑬	⑬	⑭	⑮	⑯	⑱	⑲	⑳	㉕	㉖	㉗						
6 meses y 1 día a 12 meses	①	①	①	③	③	③	⑤	⑤	⑤	⑨	⑨	⑨	⑪	⑪	⑪	⑮	⑮	⑮	⑲	⑲	⑲	㉒	㉒	㉒	㉓	㉓	㉓	㉙	㉙	㉙	㉛	㉛	㉛
	②	②	②	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑯	⑯	⑯	⑳	⑳	⑳				㉔	㉔	㉔	㉚	㉚	㉚	㉜	㉜	㉜
	③	③	③	⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦				⑬	⑬	⑬	⑰	⑰	⑰	㉑	㉑	㉑				㉕	㉕	㉕	㉛	㉛	㉛	㉝	㉝	㉝
1 año y 1 día a 2 años	①	①	①	③	③	③	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑪	⑪	⑪	⑬	⑬	⑬	⑮	⑮	⑮	⑰	⑰	⑰	⑳	⑳	⑳	㉔	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕
	②	②	②	④	④	④	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑭	⑭	⑭	⑯	⑯	⑯	⑱	⑱	⑱							㉖	㉖	㉖
	③	③	③	⑤	⑤	⑤	⑧	⑧	⑧				⑬	⑬	⑬	⑮	⑮	⑮	⑰	⑰	⑰	⑲	⑲	⑲									
2 años y 1 día a 3 años	①	①	①	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑩	⑩	⑩	⑬	⑬	⑬	⑮	⑮	⑮	⑯	⑯	⑯	㉒	㉒	㉒	㉕	㉕	㉕	㉗	㉗	㉗
	②	②	②	⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩	⑪	⑪	⑪	⑭	⑭	⑭	⑰	⑰	⑰	⑰	⑰	⑰	㉑	㉑	㉑	㉖	㉖	㉖			
	③	③	③				⑧	⑧	⑧				⑫	⑫	⑫				⑱	⑱	⑱	⑱	⑱	⑱	㉔	㉔	㉔						
3 años y 1 día a 4 años	①	①	①	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑫	⑫	⑫	⑬	⑬	⑬	⑰	⑰	⑰	⑲	⑲	⑲	㉒	㉒	㉒	㉖	㉖	㉖	㉛	㉛	㉛	㉟	㉟	㉟
	②	②	②	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩				⑭	⑭	⑭	⑱	⑱	⑱	⑳	⑳	⑳	㉓	㉓	㉓	㉗	㉗	㉗	㉜	㉜	㉜	㊱	㊱	㊱
	③	③	③	⑧	⑧	⑧	⑪	⑪	⑪				⑮	⑮	⑮				㉑	㉑	㉑	㉔	㉔	㉔	㉘	㉘	㉘	㉝	㉝	㉝			
	④	④	④										⑯	⑯	⑯							㉕	㉕	㉕	㉙	㉙	㉙	㉞	㉞	㉞			
	⑤	⑤	⑤																						㉚	㉚	㉚						
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	①	①	①	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑦	⑦	⑦	⑧	⑧	⑧	⑨	⑨	⑨	⑪	⑪	⑪	⑬	⑬	⑬	⑮	⑮	⑮	⑱	⑱	⑱	⑲	⑲	⑲
	②	②	②	⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦	⑧	⑧	⑧				⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑭	⑭	⑭							⑳	⑳	⑳
	③	③	③																														

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

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 Sharik Xiomara Bonilla Ceron, identificado (a) con documento de identidad número 1145833079, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

Autorización - Uso imagen del titular:
Yo, Katelen Andrea, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1080260751, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por Yurony Alexandra Lopez, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa CDI la Argentina

Suscriben:

Firma: Katelen Ceron
Nombre: Katelen Andrea Ceron
Calidad - Titular: madre Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3163588617
Fecha: _____
Municipio: la argentina Huila.

Powered by CamScanner

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

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Kadelen Andrea Ceron Erazo, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1080260751 de la Argentina H, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Shonix Xiomara Bonilla Ceron, identificados con NUIP No. 1145833079, usuario de la unidad de servicio GDI la Argentina manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en la Argentina, a los 05 días del mes 03 de 202( )

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

Nombre: Katelen Andrea Ceron

Firma: Katelen Andrea Ceron

CC. No. 1080 260 151

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Yuranny Alexandra Lopez Medina

Firma:

CC. No. 1004153738

Powered by CamScanner

Huellas de Amor Para Tu Vida

ACTA DE ACUERDOS Y COMPROMISOS DE LAS FAMILIAS BENEFICIARIAS DENTRO DEL PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

BIENESTAR FAMILIAR

Fecha 27-03-2025 *Por medio de la presente acta Yo* Katelen Andrea Ceron *identificada con* C.C *número* 1080260151, *acudiente o responsable del beneficiario* Sharik Xiomara Bonilla, *apruebo los acuerdos y compromisos establecidos dentro del pacto de convivencia de la Modalidad Institucional Servicio CDI La Argentina, acatando los lineamientos que rigen la ley de Cero a Siempre.*

DERECHOS DE LAS FAMILIAS

Todas las familias tienen derecho a:

- *Recibir un trato, respetuoso, justo y equitativo por parte del personal que presta los servicios.*
- *Recibir atención oportuna por parte del equipo interdisciplinario.*
- *Conocer toda la información referente a la prestación del servicio.*

DEBERES DE LAS FAMILIAS Y PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD

Son deberes ***Las familias***

- *Respetar a los docentes y demás equipo interdisciplinario.*
- *Desarrollar acciones que promuevan entre los niños y niñas el auto cuidado y el cuidado mutuo.*
- *Entregar toda la documentación de manera física y actualizada para la carpeta del niño o la niña de manera oportuna.*
- *Participar activamente en la conformación del comité de control social y en el desarrollo de la participación ciudadana, mediante las estrategias implementadas por la corporación.*
- *Informar a las agentes educativas en caso de cambiar de lugar de residencia.*
- *Informar a los agentes educativos, cualquier novedad, accidentes o situación que haya afectado la salud y la integridad del participante o algún miembro de la familia.*
- *En los grupos de WhatsApp creados para brindar información sobre el desarrollo de la modalidad, no se debe enviar información diferente a la establecida para el programa.*
- *Verificar que los niños y niñas asistan con las normas de higiene, autocuidado (uso de tapabocas) y cuidados básicos como (baño corporal, cepillado de dientes, limpieza de uñas, ropa limpia) sin golpes ni afecciones en su cuerpo.*
- *Bajo el principio de confidencialidad Informar a la EAS CORHUELLAS y su equipo Interdisciplinario cualquier caso de vulneración de derechos o sobre situaciones que afecten o pongan en riesgo el desarrollo integral de los niños y las niñas, dependiendo el caso activar rutas.*
- *Acatar las sanciones frente al incumplimiento del presente acuerdo, según las regulaciones construidas propias de cada.*
- *Prohibido del ingreso de alimentos externos a la unidad de servicio tales como (galletas, dulces y demás)*
- *En caso que el participante llegue a casa con alguna prenda u objeto que no le pertenezca devolverlo inmediatamente o avisar a la docente, el padre de familia deberá realizar el proceso de reflexión y acompañamiento en el momento de hacer la devolución.*
- *Inculcar el sentido de pertenencia, respeto y responsabilidad al cuidado de los objetos personales y de la institución, al usuario incurrir en algún daño será el padre, madre o cuidador el responsable de reparar el daño en un tiempo estimado de 3 días.*
- *Informar al agente educativo, auxiliar pedagógico, auxiliar de enfermería y/o apoyo psicosocial cualquier evento sucedido por el cual el participante no pueda asistir al CDI y enviar la respectiva excusa justificada.*
- *Cumplir los Horarios establecidos por la Modalidad de Atención CDI La Argentina, comprendidos de 8:00 am hasta las 8:15 am para el ingreso de participante y de 4:00 pm a 4:15 pm para la salida y entrega de cada usuario a sus padres o cuidadores.*
- *Se realiza la entrega de los participantes solo al Padre, Madre, y/o Cuidador MAYOR DE EDAD, registrado en el CDI, con el fin de garantizar el cuidado y protección de los Beneficiarios.*

Katelen Andrea Ceron
Firma Madre/Padre/Cuidador
C.C 1080260151

Firma Equipo Agente Educativo
C.C 1004193738

Huella niño o niña

Powered by CamScanner

...IA DE COLOMBIA
...TIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO 1.080.260.151
CERON ERAZO

APELLIDOS
KATELEN ANDREA

NOMBRES

Katelen Cerón

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-MAR-2004
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | O- G.S. RH | F SEXO

06-ABR-2022 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1904700-01297987-F-1080260151-20220514 0079358162A 1 8504485143

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.080.266.138**

BONILLA FIGUEROA

APELLIDOS

AVEL ANCIZAR

NOMBRES

AVEL ANCIZAR
BONILLA FIGUE

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-DIC-1997**

LA ARGENTINA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-ABR-2016 LA ARGENTINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1904700-00834976-M-1080266138-20160604 0050013753A 1 45981799

Powered by CamScanner

(a) : LEON MARIELA DE JESUS
c. / Nit: 29199732
RA 3E 7-39
nicipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780040170
ección Postal:
lo: 71 Sector: 4-LIBRETIN 4 DE LA ARGENT

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
407202127
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRONICO

Factura De Venta No.
85225791
Fecha De Emisión
17/02/2025

Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
$32,590	$32,590	0 meses

02/25

Nivel Tensión: 1-Secundaria Tipo Liqui.: lectura
Carga Instalada: 300 W
Nodo: T09582-GL1P

COSTO UNITARIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO	
Generación	421.89
Transmisión	58.19
Distribución	280.72
Restricciones	7.45
Pérdidas	97.49
Comercialización	143.89
Costo Unitario	1009.62
Tarifa Aplicada	1009.6231

Indicadores De Calidad Individual

	ION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-60	HUL A-S	0-Toma exitosa de Lectura	7125	7057	1	68

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	68,654
607	Ajuste Decena	4
995	Subsidio	<40,563>

Ultimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	1	48	2024	7	36
2024	12	61	2024	6	20
2024	11	55	2024	5	13
2024	10	59	2024	4	0
2024	9	52	2024	3	25
2024	8	32	2024	2	54

Promedio Cuenta	Consumo Año Anterior
51	54

Indicadores De Calidad Individual Periodo

Nodo 6500151 Grupo Calida	21
Horas a compensar	1.048
Compensacion por evento	
Meta Calidad opr Duración	62.37
Meta calidad por eventos	21
Eventos acmulados año	85
Duracion acumulador año	85.92
Consumo a compensar	19.1
Cargo distribución	263.7

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	68.0	413.0987	$28.091

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Total cuota Financiación 0

Tasa de Interés 0.00 %

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total ElectroHuila	$28,095
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$4,495
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$32,590

CUFE ef4d806d19752e679eb4e94d5c9238d84f5407c01086915964036aa23ef9cd8f416f02c175a093dd0beddf288ec41152 Numero de Factura Electronica EH-2012632 Numero de factura: 85225791

FOES			
Kwh	$/Kwh	Total	N. Fact

Ultimo Pago
$22,940
27/01/2025
Emitida Por: YULIETH.CEBALLESD
Pag: 1614

Fecha de Vencimiento
26/02/2025
Suspensión a Partir de:

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Linea de transparencia

Reporta en la línea de transparencia todos los presuntos actos de soborno, corrupción o comportamientos indebidos de nuestros trabajadores y/o contratistas.
Línea gratuita 018000 117765
Correo electrohuila@lineatransparencia.com
Accede directamente escaneando el Código QR.

(415)7707274499679(8020)0407202127(3900)0000032590(96)20250226

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

Redeban
900 230901 EMAIL O
FEB 20 2025 18:06:35 REMDES 9.90
CORRESPONSAL BANCOLOMBIA
BARRIO CENTRO LA ARGEN
CLL 5 3 17
C.UNICO: 3007035099 TER: EL072640
RECIBO: 210353 RRN: 317598
APRO: 187933
RECAUDO
CONVENIO: 09242
ELECTRIFICADORA DEL
REF: 0407202127

VALOR $ 32.590
TU CORRESPONSAL BANCARIO NO DEBE COBRARTE POR HACER ESTA TRANSACCION.
Bancolombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la informacion en este documento este correcta. Para reclamos comuniquese al 018000912345. Conserve esta tirilla como soporte.

*** CLIENTE ***

Powered by CamScanner

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES

PROTEGEMOS TUS PASOS



Línea de Atención:

#899 desde celular | Bogotá: 327 4712 / 327 4713
Nacional: 01 8000 111 935

seguros mundial®

Nº Póliza: 2000514572

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: SHARIK XIOMARA BONILLA CERON

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1145833079	2025/02/24	2026/02/24

Muerte Accidental $5.000.000,00

Gastos Médicos $4.000.000,00

COBERTURAS:

- Muerte Accidental
- Gastos Médicos

En caso de accidente o para consultar términos y condiciones, comunícarse a nuestras líneas de atención:

seguros mundial®

#899 desde celular | BOGOTÁ 3274712 / 3274713 | NACIONAL 01 8000 111 935

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	F2.MT1.PP | 30/01/2025 Versión 2 | Página 2 de 2 Clasificación de la Información: Pública

Fecha de diligenciamiento: 25 | 02 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI La Argentina Huila

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

Número de documento: 1145833079

Fecha nacimiento: 06 | 01 | 2023

Nombres: Sharik Xiomara

Apellidos: Bonilla Ceron

¿Discapacidad? ( ) Si (X) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: La Argentina

Zona: Urbana

Barrio: Primavera

Vereda:

Sector:

Dirección:

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (X) Madre ( ) Padre ( ) Cuidadoría

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

Número de documento: 1080260751

Nombres: Katelen Andrea

Apellidos: Ceron Grazo

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 16 | 03 | 2004

Correo electrónico:

Número de celular: 3163588612

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Katelen Ceron

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

Observaciones:

Powered by CamScanner