CORPORACIÓN Huellas de Amor Para Tu Vida NIT 900192801-0	HOJA DE CONTROL CARPETA BENEFICIARIO	VERSION: 002-2025
NOMBRE	Luis Andres Trujillo Perdomo	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.084.580 020	
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	26-02-2025	

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

CORPORACIÓN
Huellas de Amor
Para Tu Vida

NIT 900192801-0

FICHA DE MATRICULA



UNIDAD DE SERVICIO: CDI VILLAMERCEDES SUEÑOS INFANTILES

MUNICIPIO: NATAGA

NIVEL: PARVULOS B

FECHA DE INGRESO:			NIVEL A QUE INGRESA
26	02	2025	

NOMBRE COMPLETO USUARIO	LUIS ANDRES TRUJILLO PERDOMO
NUMERO DE DOCUMENTO	1.084.580.020
CIUDAD Y FECHA DE NACIMIENTO	NATAGA HUILA 2/05/2022
EDAD	2 AÑOS 9 MESES
DIRECCION DE RESIDENCIA	VEREDA EL SOCORRO
SEGUNDA DIRECCION	FINCA LAS DELICIAS
TELEFONOS	3202230082
ESTRATO HOGAR	1 BAJO-BAJO
PUNTAJE SISBEN – No FICHA	A5 - 4148332170420000047 1
CRITERIO DE FOCALIZACION	SISBEN
AFILIACION A SALUD	SANITAS-SUBSIDIADO
NOMBRE DEL PADRE (niñ@s)	LUIS FERNANDO TRUJILLO CERQUERA
OCUPACION	AGRICULTOR
NUMERO DE CONTACTO	3203015365
NOMBRE DE LA MADRE (niñ@s)	ANYI MELISA PERDOMO ARIAS
OCUPACION	AMA DE CASA
NUMERO DE CONTACTO	3202230082
NOMBRE ACUDIENTE	ANYI MELISA PERDOMO ARIAS
OCUPACION	AMA DE CASA
NUMERO DE CONTACTO	3202230082
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:	GLORIA ASENETH ARIAS ANDAPIÑA
PARENTESCO	ABUELA
TELEFONO	3102299763
AUTORIZACION PARA RECOGER (niñ@s)	YULIHT ANDREA PERDOMO ARIAS
CEDULA	1.004.473.669
PARENTESCO	TIA

FIRMA ACUDIENTE / PADRE DE FAMILIA

Flor Imelda Chimbaco Perez
NOMBRE DOCENTE

FIRMA COORDINADOR(A)

CORPORACIÓN Huellas de Amor Para mi Vida

NIT 900192801-0

ACTA DE COMPROMISO

Fecha 26-02-2025

Yo, Anyi Melisa Perdomo Arias Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía N° 1004473246 Expedida en Natega H. Padre, Madre y/o acudiente de Luis Andres Trujillo Perdomo Residente en el Municipio de NÁTAGA en la Dirección vereda Socorro Teléfono 3202230082 Representante legal del niño(a) me comprometo a:

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

FIRMA PADRE Y /O ACUDIENTE - CC: Anyi Melisa Perdomo A.

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

FIRMA DOCENTE Flor Imelda Chimbaco Perez

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 Luis Andres Trujillo Perdomo, identificado (a) con documento de identidad número 1084580020, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Anyi Melisa Perdomo Arias, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004473246, 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 Huellas de Amor para la Vida en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa CDI Villamercedes Sueños Infantiles

Suscriben:

Firma: Anyi Melisa Perdomo A.
Nombre: Anyi Melisa Perdomo Arias
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3202230082
Fecha: 26-02-2025
Municipio: Neiva Huila

CORPORACIÓN
Huellas de Amor
Para Tu Vida

NIT 900192801-0

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

FECHA: 26-02-2025

MUNICIPIO: Natago - Huila

UNIDAD DE SERVICIO: CDI VILLA MERCEDES SUEÑOS INFANTILES

YO, Anyi Melisa Perdomo Arias con CC 1004473246
Padre, acudiente o representante legal del niño /niña Luis Andres Trujillo Perdomo
Con registro civil No 1084580026 Beneficiario del programa CDI institucional he sido informado acerca de la grabación de videos o toma de material fotográfico como evidencia de la práctica de encuentros grupales y visitas domiciliarias. Luego de haber sido informado(s) sobre las condiciones de la participación de mí hijo(a) en los videos o material fotográfico, resuelto todas las inquietudes y comprendido en su totalidad la información sobre esta actividad, entiendo que:

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

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

Anyi Melisa Perdomo Arias
FIRMA ACUDIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

CEDULA: 1004473246

CORPORACIÓN
Huellas de Amor
Para Tu Vida

NIT 900192801-0

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

UDS: CDI Villamercedes Sueños Infantiles

ACUERDO

Yo, Anyi Melisa Perdomo Arias, identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. 1004473246 expedida en Nátaga, autorizo al encargado legalmente del Centro del Desarrollo Infantil CDI Villamercedes Sueños Infantiles o a la persona que haga sus veces en el CDI para que se desplacen del CDI al Centro de Salud más cercano a mi hijo (a) Luis Andres Trujillo Perdomo del nivel Parvulos B en el caso eventual que llegase a presentar una novedad de salud al interior del CDI.

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

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

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

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

PADRE Y/O MADRE

NOMBRE: Anyi Melisa Perdomo A

FIRMA: Anyi Melisa Perdomo A.

C.C. 1004473246

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 Anyi Melisa Perdomo Arias, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1004473246 de _____, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) luis Andres Trujillo Perdomo, identificados con NUIP No. 1084580020, usuario de la unidad de servicio CDI Villamercedes Sueños Infantiles manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Neiva Huila., a los 26 días del mes 02 de 2025

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

Nombre: Anyi Melisa Perdomo Arias

Firma: Anyi Melisa Perdomo A.

CC. No. 1004473246

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Flor Imelda Chimbaco Perez

Firma: Flor Imelda Chimbaco Perez

CC. No. 26 473961

CORPORACIÓN
Huellas de Amor
Para Tu Vida

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

NIT 900192001-0

ACTA DE GRATUIDAD DEL SERVICIO

DIRIGIDO A: .

PADRES DE FAMILIAS Y/O CUIDADORES DE NIÑOS Y NIÑAS

FECHA: 26-02-2025

NOMBRE UDS: CDI villamercedes Sueños Infantiles

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

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

En constancia firma:

Anyi Melisa Perdomo Arias

FIRMA
NOMBRE PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE: Anyi Melisa Perdomo Arias
N° DOCUMENTO IDENTIDAD: 1064473246

PACTO DE CONVIVENCIA

Yo Luis Fernando Trujillo C. ,identificado con la cédula de ciudadanía N° 1178028709 expedida en Nataga Huila me comprometo a cumplir con mis deberes y obligaciones, si no cumplo con esto acepto las acciones contempladas por la EAS y/o en este documento y las correspondientes a mis obligaciones como cuidador o padre de familia impuestas en la Ley 1804 de Primera Infancia, estos deberes fueron propuestos y aceptados al momento de ingresar a la Política de estado para la Atención Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre, Modalidad institucional, servicio centro de Desarrollo Infantil, el día 25 mes 3 del año 2025, para constancia al final firmo con número de cédula.

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

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

p) Participar activamente en el desarrollo de las diferentes actividades transversales programadas en el marco del proyecto pedagógico.
q) Firmar acta de compromiso con la EAS, en caso de que no cumpla con las exigencias descritas en el Manual Operativo de la modalidad V7 y el no cumplimiento del deber como padre, madre o cuidador responsable.
r) Acepto que si fallo 3 (tres) veces en el mes, sin justa causa, puedo dejar de pertenecer a la "Política Publica de Cero a Siempre".
s) El servicio que se brinda a todas las familias usuarias del programa es ***totalmente gratis.***
t) Garantizar que quien entrega y recoge al niño o niña en el CDI sea una persona mayor de edad y esté autorizado en el formato de formalización del cupo con copia del documento de identidad en la carpeta del usuario.
u) No pertenecer a dos programas y/o modalidades del ICBF, independientemente de la modalidad.
v) Se prestará atención por parte del equipo de agentes educativas a los padres de familia en el horario de 7am a 7:30 am.
w) Respetar los horarios de atención que tienen la agente educativa y no escribirles de manera privada en horarios fuera de este, exceptuando casos o situaciones especiales que lo ameriten
x) Informar cuando se presenten cambios de domicilios o números telefónicos.
y) Evitar que los niños y las niñas lleven juguetes o cualquiera otro objeto que se puede llegar a perder, en caso de pérdida del algún objeto que no se ha solicitado con anterioridad por parte de la docente, el CDI se reserva el derecho de responder por el mismo.
z) No dar alimentos antes del ingreso a la Unidad de Servicio CDI

Comuníquese y cúmplase en el municipio de Neiva H. a los 25 días del mes de Marzo del 2025

FIRMA: Luis Fernando Trujillo C.

C.C N°: 7718028709 DE Neiva Huila

DOCENTE: Flor Imelda Chimbaco Pérez

AUXILIAR: Lady Tatiana Gutierrez

COORDINADOR (A): Eucadio Marcelo Vargas

10

59236402

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.084.580.020

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59236402

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
X						L Y B

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

REGISTRADURIA DE NATAGA - COLOMBIA - HUILA - NATAGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TRUJILLO	PERDOMO

Nombre(s)

LUIS ANDRES

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes MAY Día 02	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA NATAGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	170989671

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

PERDOMO ARIAS ANYI MELISA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.473.246	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

TRUJILLO CERQUERA LUIS FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.118.028.109	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TRUJILLO CERQUERA LUIS FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.118.028.109	luis fernando trujillo c.

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 MAY Día 06	CRISTOBAL VILLANUEVA ARAGONEZ - R Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
luis fernando trujillo c. Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil

COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA OFICINA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 14/11/2025

Ficha: 41483321704200000471

A5

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LUIS ANDRES

Apellidos: TRUJILLO PERDOMO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1084580020

Municipio: Nátaga

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/05/2022

Última actualización ciudadano: 14/02/2025

Última actualización vía registros administrativos:

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

A1→A5	B1→B7	C1→C18	D1→D21
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerabilidad	No pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: VICTOR HUGO ARIAS ANDAPIÑA

Dirección: Carrera 8 No 2 - 43

Teléfono: 3156304407

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

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1084580020
NOMBRES	LUIS ANDRES
APELLIDOS	TRUJILLO PERDOMO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NATAGA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	24/04/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/14/2025 20:41:56	**Estación de origen:**	192.168.70.220

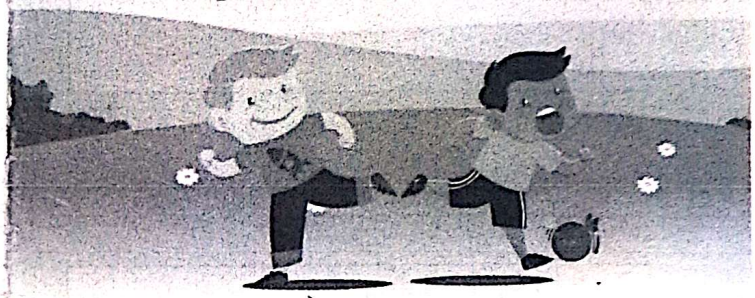
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la 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

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DÍA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2022	Mayo	06	1ra Vez	✓	
2022	Sept	06	llamar	✓	
2022	Nov	02	llamar	✓	
2023	Febrero	02	llamar	✓	
2023	Mayo	04	llamar	✓	
2023	Diciembre	02	llamar	—	
2024	Mayo	02	llamar	✓	
2025	Mayo	02	llamar	✓	
2026	Mayo	05	llamar		

E.S.E HOSPITAL
LUIS ANTONIO MOJICA
Nataga - Huila
... Porque su salud esta en buenas manos



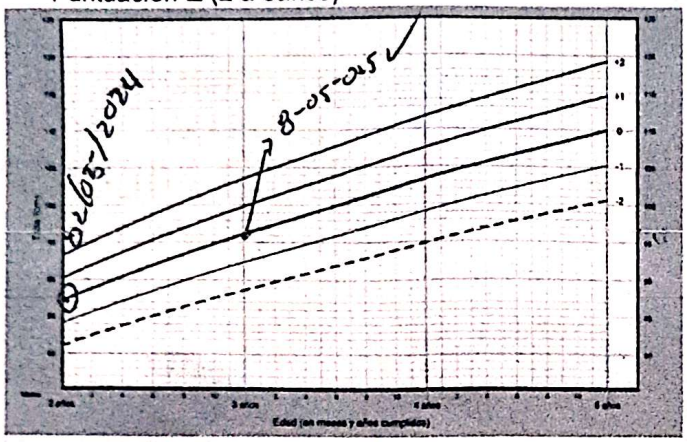
CARNÉ DE SALUD MENORE DE 10 AÑOS NIÑOS

Nombre Luis Andres Trujillo Perdomo
Fecha de Nacimiento 02-05-2022
Registro Civil 1084780020
Teléfono 3202230082
Dirección
Barrio o Vereda Vbel Socorro
Nombre Responsable del Niño
Angi Perdomo
EPS Afiliación Coosalud
Sitio de Atención Nataga

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

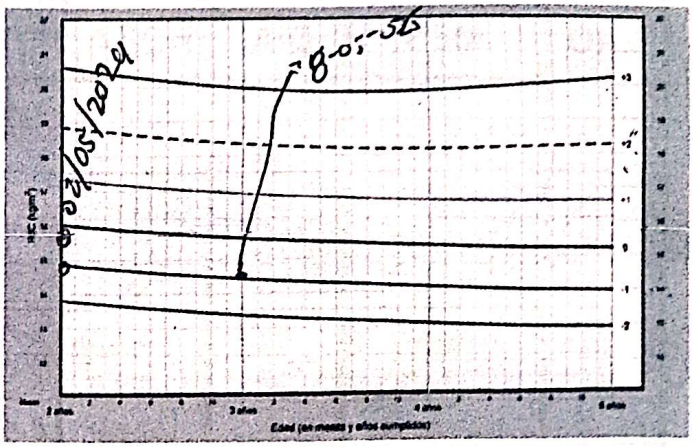
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



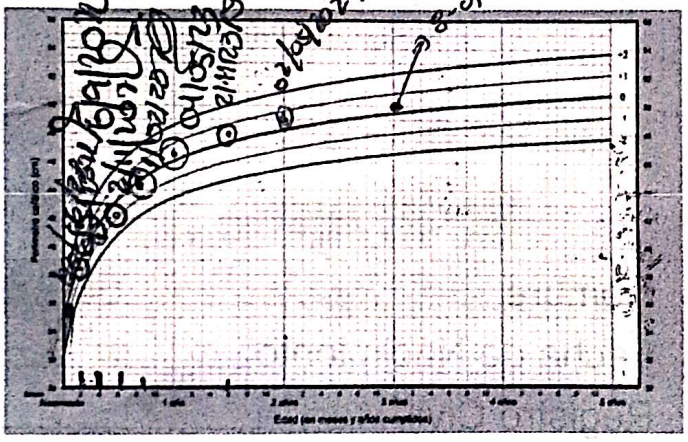
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



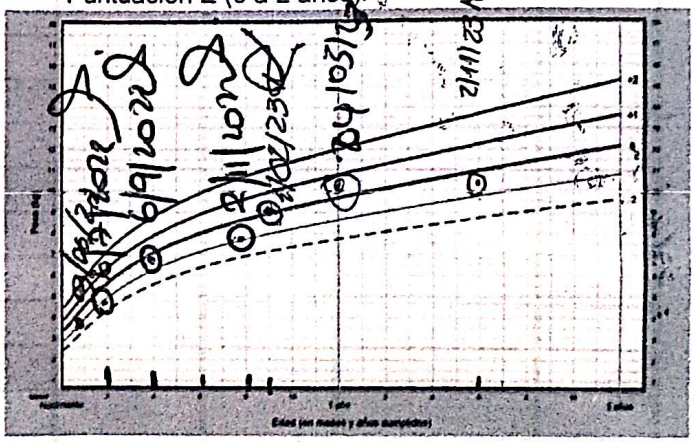
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



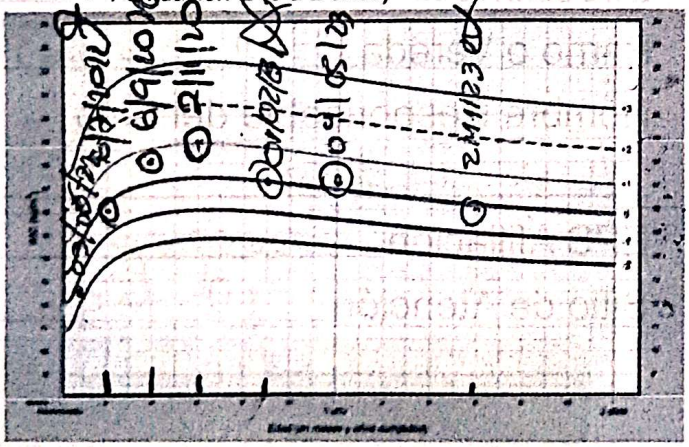
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



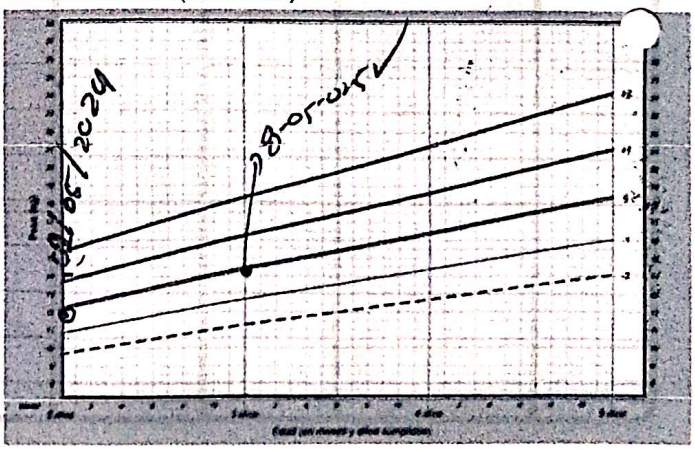
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO						D	M	A
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado		D	M	A
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado		D	M	A
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado		D	M	A
	Visual	Normal		Alterado		D	M	A
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA						D	M	A

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

	D	M	A
1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

	D	M	A	D	M	A
1.ª entrega						
2.ª entrega						
3.ª entrega						
4.ª entrega						
5.ª entrega						

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL – AGUDEZA VISUAL

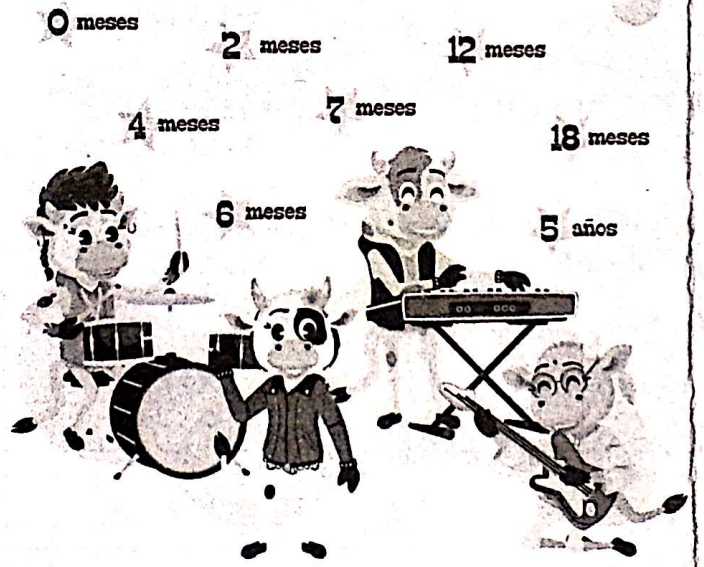
	D	M	A	SI*	NO*
3 años					
4 años					
5 años					

*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: Luis Andres Trujillo PERDOMO
Fecha de nacimiento: 2-5/022
Nº de certificado de nacido vivo: 170989671
Registro civil: 1084580020
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 2.501 gr. Talla: 47 cms
Dirección: V/El Socorro
Teléfono 1: 3202230082
Teléfono 2:
Responsable: Dayi T. PERDOMO
Municipio de residencia: Neiva
Departamento: H.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: **Tipo Identificación:** **No. ID:**

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 meningea (BCG)	Única	2	05	2022	SERUM	0370617	ESE Natagá				
	Hepatitis B	Recién nacido	2	05	2022	SERUM	0320817 D.	ESE Natagá	2	07	22	
2 meses						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1.°	6.	7	22	BIOTHOJEN	210 5001	H. Natagá				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°		7	22	SERUM	50 4035.					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°										
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.°	6.				28-	H. Natagá				
	Diarrea por rotavirus	1.°				GLAXO	5ROL EB581C					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	6.	7	22	GLAXO	5SPN331S B.	H. Natagá				
4 meses						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2.°	17	9	2022	BIOTHOVEN	2121004A					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°		9	22							
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°				SERUM	28-51400					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.°	13.									
	Diarrea por rotavirus	2.°		9	22	GLAXO	5ROL.D941S2.	H. Natagá				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	13.			GLAXO	FR48 97.					
6 meses						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	3.°	2	11	2022	BIOTHOVEN	2121004A					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	2	11	2022	SERUM	2851X007D	ESE Natagá				Danith Zuly Duth Cifuentes Enfermera Resolución 2444
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°										
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.°										
	Influenza estacional	1.°	2	11	2022	Green Cross	V502220066	H. Natagá				
7 meses	Influenza estacional	2.°	7	12	22	Green Cross	V502220066					
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	4	05	2023	SERUM	01312N0858					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	4	05	2023	pfizer	FE4897					
	Varicela	2.°	4	05	2023	Merck	WO2084	ESE Natagá				Danith Zuly Duth Cifuentes Enfermera Resolución 2444
	Hepatitis A	Única	4	05	2023	Merck	WO0882					
	Influenza estacional	Anual	7	12	23	Green Cross	V502300 4					
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	02	11	23	Bithoven	2134010A					
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	02	11	23	Serum	2851403 7A	ESE Natagá				
	Fiebre amarilla	Única	02	11	23	SANOFI	W2C5D1V					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	02	11	23	Serum	0312N082A	ESE Natagá				
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
Vacunas complementarias y otras dosis	INFLUENZA	D.A	24	5	2025	Green Cross	V5052003	ESE Natagá (AM)				
							Mayo 2026 - D = Inf					

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.

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

CARNÉ DE CITAS

Programas

Planificación Familiar [ ]

Odontología / Higiene Oral [X]

Otros. [ ]

Cual: Odontología

Nombre y Apellidos: Luis Andres Trujillo Perdomo

Historia Clínica: 1084580020

Fecha de Nac.: 2 - 05 - 2022

E.P.S: Sanitas

Dir: V/ el Socorro

Tel: 3202230082

Comuniquese con Nosotros

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

CITA DE CONTROLES

Motivo	Dia	Mes	Año	A.	N.A	Observaciones
odontologica	18	03	-2025			
Higiene oral	2	4	25	✓		Ana Elci Cruz
Higiene oral	3	10	25			
Odontologia	10	9	25	✓		
Higien oral	01	10	-25			Ana-elci 002 01-09-2026 Activo

No olvidar traer este carnet todas las veces que asista a control con Medicina, Odontología y Enfermería. Al solicitar citas sera exigido.

16

HOSPITAL LUIS ANTONIO MOJICA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813011465 - 8

Paciente: LUIS ANDRES TRUJILLO PERDOMO
Entidad: SANITAS EPS S.A.S. EN INTERVENCION B.M.T.P. SUBSIDIADO PROMOCION Y PREVENCION
Afiliacion: **Identificación:** RC No. 1084580020
Atención: 10060089 **Servicio:** CONSULTA EXTERNA
Formula: 10053346 **Fecha Formula:** 08/may./2025
Residencia:
Telefono: 3202230082 **Edad:** 3 Años **Sexo:** F
Diagnóstico Z001 CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO
DxR1: Z010 **DxR2:** **DxR3:** **DxR4:**

Formula Médica (Medicamentos - Materiales e insumos P.O.S) **Reclamar el día:** 08/may./2025

Medicamento - Material e insumo	Posologia	Cant	D/T	Observaciones
Albendazol 400 mg/20mL (2%) suspensión oral	1/ 2 VO DU	1	1	
Vitamina A (acetato o palmitato) 50.000 UI tableta. gragea o cápsula	4 PERLAS DOSIS UNICA CADA 6 MESES 12 PM	4	1	

Observaciones Generales

Carlos Alberto Diaz Q.
RM 87454293

CARLOS ALBERTO DIAZ QUINTERO
MEDICO GENERAL
Registro Medico No. 87454293

Firma del Paciente

Esta orden de medicamentos tiene 72 horas de caducidad.
Todo medicamento debe tomarse con abundante agua, al menos un vaso

En la administración de medicamento tenga en cuenta:

- **Leer siempre la orden del medico**
- **Verificar que el medicamento a utilizar sea el ordenado por el médico**
- **Tener presente que los medicamentos orales se puede tomar con alimentos o no, con el estomago vacio, o después de alimentos.**
- **Utilizar la dosis indicada.**
- **Utilizar la vía indicada.**
- **La presentación farmacéutica indicada.**
- **Utilizar la hora indicada.**
- **NO tomar dosis adicionales o extras**
- **NO suspender el tratamiento sin orientación médica.**
- **Seguir las indicaciones medicas y NO automedicarse.**

Este es un mensaje del programa de seguridad del paciente
"NUESTRA PRIORIDAD SU SEGURIDAD"

17

CERTIFICADO MEDICO ESCOLAR AGUDEZA VISUAL Y AUDITIVO

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CERTIFICADO

Fecha de expedición	02/04/2025
Ciudad de expedición	NATAGA
Departamento de expedición	HUILA

INFORMACIÓN GENERAL DE QUIEN ELABORA EL CERTIFICADO

Apellidos	GARZON GARZON
Nombres	NINO ODAIR
No. de Tarjeta Profesional	38181-41

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Apellidos	TRUJILLO PERDOMO						
Nombres	LUIS ANDRES						
Documento de identidad	RC	X	TI		Nº 1084580020		
Fecha de Nacimiento	02/05/2022					Edad	2 AÑOS
Sexo	MASCULINO						
Estado Civil	SOLTERO				EPS	SANITAS EPS	
Escolaridad	NO APLICA				REGIMEN	SUBSIDIADO	

ANTECEDENTES

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

CONCEPTO PARA VALORACIÓN

ANAMNESIS	ASINTOMATICA										
PESO	13	TALLA	95	FC	87	FR	20	PC	49	Tº	36
AGUDEZA VISUAL	SIN ALTERACIONES										
AGUDEZA AUDITIVA	SIN ALTERACIONES										
EXAMEN FISICO	SIN ALTERACIONES										
ESTADO DE SALUD	ADECUADO, NO COMPROMISO SISTEMICO NO PRESENTA ENFERMEDADES INFECOCONTAGIOSA										
OBSERVACIONES											

DIAGNOSTICOS	CIE10
CONTROL DE RUTINA	Z000
EXTENSION DE CERTIFICADO MEDICO	Z027

RESPONSABLE DEL CERTIFICADO

NINO ODAIR GARZON GARZON
0923-2003
MEDICO GENERAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.473.246**

PERDOMO ARIAS

APELLIDOS

ANYI MELISA

NOMBRES

Anyi Melisa Perdomo Arias

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **27-SEP-2000**

NATAGA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-SEP-2018 NATAGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1905000-01052967-F-1004473246-20181221 0063911332A 2 51120981

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.473.246**
PERDOMO ARIAS
APELLIDOS
ANYI MELISA
NOMBRES

Anyi Melisa Perdomo Arias
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-SEP-2000**
NATAGA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-SEP-2018 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1905000-01052967-F-1004473246-20181221 0063911332A 2 51120981

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

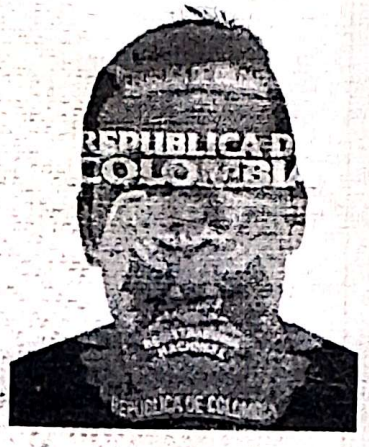
NÚMERO 1.118.028.109
TRUJILLO CERQUERA

APELLIDOS
LUIS FERNANDO

NOMBRES

Luis Fernando trujillo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-ABR-1996
NATAGA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

25-ABR-2014 EL PAUJIL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO

A-1905000-01464774-M-1118028109-20240912 0141769078G 2 8512478430

SU CODIGO CUENTA NIU

384882751

Para cualquier consulta v ...vo electrónicos
email: electrohuila.com.co FT -CFE -05 -081

AUTORETENEDORES DE RENTA MENSUAL Rs 247/2002
DIAN ENCUADRADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ANT. 4
RESOL . 00000 DEL 14/07/16 DIAN NUMERACIÓN UNARDIM
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES IVA CIRCULAR 4
DEL 00/01/99 RECEPTORIA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL A PAGAR

$ 62.040

FACTURA DE VENTA No. 84971264

Documento equivalente según artículo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE LECTURAS 09-DIC-2024
FECHA DE VENCIMIENTO 21/FEB/2025 FECHA SUSPENSIÓN 24-FEB-2025 01-FEB-2025

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	PERDOMO PEREZ ANDRES	Nit CC	83248888
Dirección	VDA LA CASCAJOSA	Ruta	6110550208
Municipio	NATAGA	Ciclo	083
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6560012
Carga Contratada	14	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
12100068478EN		A	S	8	4992	4846	1	146

Promedio Cuota 151 Consumo Año Anterior 91 Consumo Anterior 91

ULTIMOS CONSUMOS



ENE NOV SEP JUL MAY MAR ENE

Mes	Consumo
ENE	146
NOV	147
SEP	153
JUL	154
MAY	143
MAR	75
ENE	84

CALIDAD DEL SERVICIO

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

ULTIMO PAGO

Fecha 27/12/2024
Valor $ 62440

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
73.0	982.5245 *	71724
73.0	1009.6231 *	73702

CONSUMO PERIODO

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

Valor Total Energía del Periodo	$	145.426
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 85.195
Valor Total Energía Facturado	$	60.231

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO PERIODO	$ 145.426
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 1.807
AJUSTE DECENA	$ 2
SUBSIDIO	$ - 85.195

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	1.807
VALOR ELECTROHUILA	$	60.233

TOTAL A PAGAR

$ 62.040

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

FOES: Consumo Kwh $Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

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

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT.CORRIENTE	INT.MORA

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit 891.180.001-1

Código de Cuenta : 384882751
Factura de Servicios Públicos No: 84971264
Periodo ENE 2025 Fecha de Vencimiento: 21/FEB/2025
Suspensión a partir de: 24/FEB/2025

Valor Total a Pagar $ 62.040

(415)7707274499679(8020)384882751(3900)000062040(96)20250221

Señor cajero favor dejar libre de sellos tanto el frente como el respaldo de esta factura

SAMI Version 1.3.0 25010911 Lector 6690


PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES
PROTEGEMOS TUS PASOS
Línea de Atención:
#899
desde celular
Bogotá: 3274712 /3274713
Nacional: 01 8000 111 935
seguros mundial
Nº Póliza:
2000514557
Tomador:
CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS
Nombre de Asegurado:
LUIS ANDRES TRUJILLO PERDOMO
ID Asegurado:
1094580020
Vigencia Desde:
2025/02/24
Vigencia Hasta:
2026/02/24
Muerte Accidental
$5.000.000,00
Médicos
$4.000.000,00
COBERTURAS:
• Muerte Accidental
• Gastos Médicos
En caso de accidente o para consultar términos y condiciones, comunícate a nuestras líneas de atención
seguros mundial
#899
desde celular
BOGOTÁ
3274712 /3274713
NACIONAL
01 8000 111 935

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad Nataga

Nombre completo de la niña o niño Luis Andres Trujillo Perdomo

Fecha de nacimiento 02 05 2022 **N° Documento de identidad** 1.084.580.020

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 26 02 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Flor Imelda Chimbaco Perez

Fecha de registro cualitativo 26 05 2025

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

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

Observaciones generales
Luis Andres es un niño alegre, jugueton, que distruta la estadia en el CDI, le gusta compartir con sus compañeros a traves del juego aunque su lenguaje no es claro, se da a entender. pide al la docente le cante las canciones que a el le gustan, siempre quiere participar de Primero, se encuentra en el Perfil esperado, cumple con los items acordes a su edad.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Flor Imelda Chimbaco Perez

Fecha de registro cualitativo 26 08 2025

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

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

Observaciones generales
Luis Andres es un niño amoroso y jugueton, distruta del contacto directo con la naturaleza, donde explora, observa, participa en el desarrollo de las actividades. se encuentra dentro del perfil. esperado, desarrollando las actividades acordes a su edad.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Flor Imelda Chimbaco Perez

Fecha de resgistro cualitativo Día 20 Mes 11 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
Luis Andres es un niño alegre, cariñoso y jugueton, independiente distruta de las experiencias pedagogicas y comparte juegos y juguetes con sus companeros se encuentra dentro del perfil. esperado, desarrollando los items acordes a su edad.

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

Valoración Cualitativa ⇨	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	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	21 24 25 26	21 24 25 26	21 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	15 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12	11 13 14	11 13 14	11 13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18	17 18	17 18	19 20	19 20	19 20	21 22 23 24	21 22 23 24	21 22 23 24	25	25	25	26 27 28	26 27 28	26 27 28	29 30 31 32	29 30 31 32	29 30 31 32	33 34	33 34	33 34
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales