CORPORACIÓN Huellas de Amor Para Tu Vida NIT 900192801-0	HOJA DE CONTROL CARPETA BENEFICIARIO	VERSION: 002-2025
NOMBRE	Melany Aracely Castillo Torres	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.084.580 082.	
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	1-08-2025	

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 A

FECHA DE INGRESO:			NIVEL A QUE INGRESA
01	08	2025	Parvulos A.

NOMBRE COMPLETO USUARIO	MELANY ARACELY CASTILLO TORRES
NUMERO DE DOCUMENTO	1.084.580.082
CIUDAD Y FECHA DE NACIMIENTO	LA PLATA (H) 31-DICIEMBRE-2022
EDAD	2 AÑOS 8 MESES
DIRECCION DE RESIDENCIA	Kra 3 N°3E SUR 58 JUAN FELIX
SEGUNDA DIRECCION	Kra 3 N°3E SUR 58 JUAN FELIX
TELEFONOS	3144266192 -3133316278
ESTRATO HOGAR	1 BAJO BAJO
PUNTAJE SISBEN – No FICHA	B 6 41483321503200001933
CRITERIO DE FOCALIZACION	SISBEN
AFILIACION A SALUD	NUEVA EPS-SUBSIDIADO
NOMBRE DEL PADRE (niñ@s)	JOSE ANDERSON CASTILLO PISSO
OCUPACION	AGRICULTOR
NUMERO DE CONTACTO	N/A
NOMBRE DE LA MADRE (niñ@s)	LUCELIDA TATIANA TORRESYUGUE
OCUPACION	OFICIOS VARIOS
NUMERO DE CONTACTO	3144266192
NOMBRE ACUDIENTE	LUCELIDA TATIANA TORRESYUGUE
OCUPACION	OFICIOS VARIOS
NUMERO DE CONTACTO	3144266192
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:	MARIA AMALIA YUGUE YACUECHIMA
PARENTESCO	ABUELA
TELEFONO	3133316278
AUTORIZACION PARA RECOGER (niñ@s)	MARIA AMALIA YUGUE YACUECHIMA
CEDULA	55.197.613
PARENTESCO	ABUELA

Lucelida tatiana torres Y.
FIRMA ACUDIENTE / PADRE DE FAMILIA

Martha Lola Chamorro Perez
NOMBRE DOCENTE

Claudia Marcela Vargas.
FIRMA COORDINADOR(A)

CORPORACIÓN Huellas de Amor Para tu Vida

NIT 900192801-0

ACTA DE COMPROMISO

Fecha 1-08-2025

Yo, Lucelda tatiana torres Yugüe Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía N° 1004473666 Expedida en Nataga Padre, Madre y/o acudiente de Melany Araceli castillo torres. Residente en el Municipio de NÁTAGA en la Dirección Carrera 3E N° 3E SUR 58 Teléfono 3144266192 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: Lucelda tatiana torres Y. 1004473666.

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 Melany Aracely Castillo Torres, identificado (a) con documento de identidad número 1.084.580.082 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, Lucelida tatiana torres Yugüe, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004473666, 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 CORHUELLAS, 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: Lucelida tatiana torres Yugue
Nombre: Lucelida tatiana torres Yugüe
Calidad - Titular: Madre Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3144266192
Fecha: 01-08-2025
Municipio: Natagá

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: 01-08-2025

MUNICIPIO: Nátaga

UNIDAD DE SERVICIO: CDI VILLA MERCEDES SUEÑOS INFANTILES

YO, Lucelida tatiana torres Yagüe. con CC 1004473666
Padre, acudiente o representante legal del niño /niña Melany Aracely Castillo Torres
Con registro civil No 1.084.580082 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**

Lucelida tatiana torres Yagüe
FIRMA ACUDIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

CEDULA: 1004473666

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, Lucelida tatiana torres, identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. 1004473666 expedida en Neiva., autorizo al encargado legalmente del Centro del Desarrollo Infantil CDI Villamercedes 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) Melany Aracely Castillo Torres del nivel _____ 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 01 días del mes de Agosto de 2025.

PADRE Y/O MADRE

NOMBRE: Lucelida tatiana torres U.

FIRMA: Lucelida tatiana torres U

C.C. 1004473666

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Lucelida tatiana torres U., identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1004473666 de Nataga., padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Melany Arocely tafiello torres identificados con NUIP No. 1.084.580.082, usuario de la unidad de servicio CDI villamercedes, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Nataga Huila, a los 01 días del mes 08 de 202(5)

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

Nombre: Lucelida tatiana torres Yugüe

Firma: Lucelida tatiana torres Yugüe.

CC. No. 1004473666

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Flor Imelda Chimbaco Perez

Firma: Flor Imelda Chimbaco Perez

CC. No. 26.473.961

CORPORACIÓN
Huellas de Amor
Para Tu Vida

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

NIT 900192801-0

ACTA DE GRATUIDAD DEL SERVICIO

DIRIGIDO A:

PADRES DE FAMILIAS Y/O CUIDADORES DE NIÑOS Y NIÑAS

FECHA: 01- Agosto- 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:

Lucelda tatiana torres. Y.

FIRMA

NOMBRE PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE: Lucelda tatiana torres Y.

N° DOCUMENTO IDENTIDAD: 1004473666

PACTO DE CONVIVENCIA

Yo Lorelda tatiana torres yogüe, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1007473666 expedida en Natoga. 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 01 mes 08 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 Natagaima a los 01 días del mes de Agosto del 2025

FIRMA: Lucelida tatiana torres U.

C.C N°: 1004473666 DE Natagaima.

DOCENTE: Flor Imelda Chimbaco Perez

AUXILIAR: Lady Tatiana Bahamon

COORDINADOR (A): Claudia Marcela

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.084.580.082

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59236494

59236494

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 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
CASTILLO	TORRES

Nombre(s)

MELANY ARACELY

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes DIC Día 31	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	2212781027039 4

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

TORRES YUGUE LUCELIDA TATIANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.473.666	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

CASTILLO PISSO JOSE ANDERSON

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.081.392.029	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TORRES YUGUE LUCELIDA TATIANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.004.473.666	lucelida Tatiana Torres Y.

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 06	CRISTOBAL VILLANUEVA ARAGONEZ - R Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil 32007770-1

DEL COPIA FIEL TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA OFICINA EXCENTO DE SELLO ART 10 DECRETO 2150/95

CRISTOBAL VILLANUEVA ARAGONEZ
REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

26 ABR 2023

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 05/11/2025

Ficha: 41483321503200001933

B6

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MELANY ARACELY

Apellidos: CASTILLO TORRES

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1084580082

Municipio: Nátaga

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/11/2023

Última actualización ciudadano: 24/02/2024

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: 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	1084580082
NOMBRES	MELANY ARACELY
APELLIDOS	CASTILLO TORRES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NATAGA

Datos de afiliación :

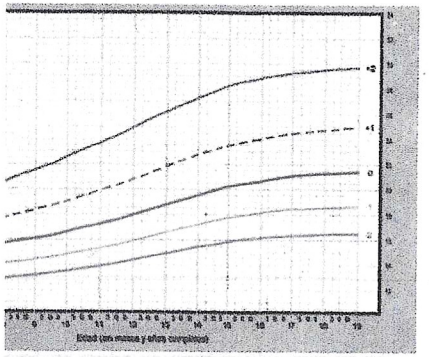
ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	24/04/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/05/2025 08:09:38	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

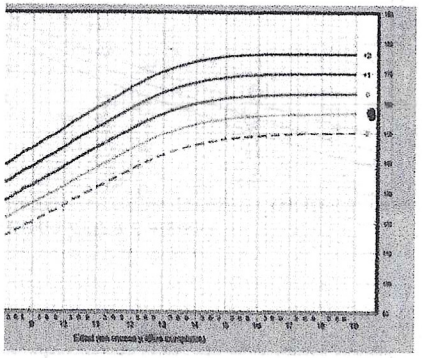
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la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

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

Edad Niñas
Z (5 a 17 años)



Edad Niñas
Z (5 a 17 años)

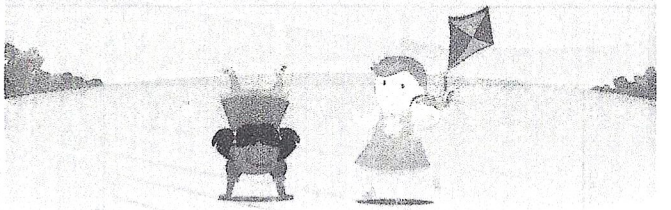




CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DÍA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2023	feb	03	7:40	✓	
2023	Marzo			✓	
2023	Abril	29			
2023	Agosto	31	llamar		
				✓	
2024	mayo	31	llamar		
		10			
2025	Diciembre	04	llamar	✓	✗
2026	enero	10	normal		

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



CARNÉ DE SALUD MENORES DE 10 AÑOS NIÑAS

Nombre Helen y Cristian Torres
Fecha de Nacimiento 31/12/20
Registro Civil 1084580382
Teléfono 3142766902
Dirección Peso: 30kg Talla: 119cm
Barrio o Vereda Juan Felipe Londoño
Nombre Responsable del Niño
Luz Elida Torres
EPS Afiliación Ecoopsos
Sitio de Atención Nataga

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

Peso para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)

Peso para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)

Perímetro Cefálico Niñas
Puntuación Z (0 a 5 años)

IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)

Talla para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)

Talla para la Talla Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)

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

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

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL AGUDEZA VISUAL

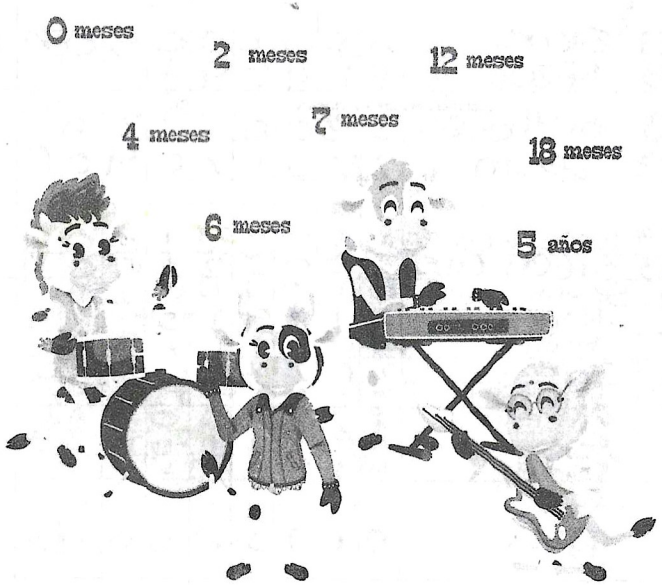
3 años						
4 años						
5 años						

*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: Melany Aracely Castillo Y.

Fecha de nacimiento: 31-12-2022

Nº de certificado de nacido vivo: 221278102703941

Registro civil: 1084580082

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: O Positivo

Peso al nacer: 3030 Talla: 49cm

Dirección: Barrio Juan Felix

Teléfono 1: 3219557915

Teléfono 2:

Responsable: Lucelida Torres Yugue

Municipio de residencia: Nátaga

Departamento: Huila.

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	1	01	2023	Serum	03710MA037	HDSP	1.	03	2023	
	Hepatitis B	Recién nacido	31	12	2022	Serum	03210R0198	HDSP				
2 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	25	02	2023	Bithoven	21410141A					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	25	02	2023	Serum	28514022B	ESE Nataga				Danitza Lizeth Urdaneta Enfermera Resolución 2444
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª										
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª										
	Diarrea por rotavirus	1.ª	25	02	2023	Glaxo	AROL00501AD					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	25	02	2023	Pfizer	FR4897					
4 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	29	04	2023	Bithoven	21410141A					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	29	04	2023	Serum	28514022B	ESE Nataga				Danitza Lizeth Urdaneta Enfermera Resolución 2444
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª										
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª										
	Diarrea por rotavirus	2.ª	29	04	2023	Glaxo	AROL00501AD					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	29	04	2023	Pfizer	FR4897					
6 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	8	07	2023	Bithoven	22060124A					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	8	07	2023	Serum	28514040C	ESE Nataga				Danitza Lizeth Urdaneta Enfermera Resolución 2444
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª										
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª										
	Influenza estacional	1.ª	8	07	2023	Green Cross	45052304					Danitza Lizeth Urdaneta Enfermera Resolución 2444
7 meses	Influenza estacional	2.ª	8	08	2023	Green Cross	45052304	ESE Nataga				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	6	01	24	Serum	01J2N0+B					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	6	01	24	Pfizer	FY9925	ESE Nataga				
	Varicela	2.ª	6	01	24	Merck	40191790					
	Hepatitis A	Única	6	01	24	Sinovac	20220105					
	Influenza estacional	Anual	6	6	24	Sinovac	24004F3					
18 meses	Poliomielitis (VIP ☒ VOPb ☐)	1.er refuerzo	6	6	24	Bithoven	22240703A					
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	6	6	24	Serum	28521016E					
	Fiebre amarilla	Única	6	6	24	Sinovac	W3F4J16					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.º	6	06	24	Serum	01JJP004A	ESE Nataga				
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

5 años

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.

HOSPITAL LUIS ANTONIO MOJICA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813011465 - 8

Paciente: MELANY ARACELY CASTILLO TORRES
Entidad: NUEVA EPS SUBSIDIADO PYP
Afiliacion: **Identificación:** RC No. 1084580082
Atención: 10053755 **Servicio:** CONSULTA EXTERNA
Formula: 10048627 **Fecha Formula:** 09/ene./2025
Residencia:
Telefono: 3144766902 **Edad:** 2 Años **Sexo:** F
Diagnóstico Z001 CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO
DxR1: **DxR2:** **DxR3:** **DxR4:**

Formula Médica (Medicamentos - Materiales e insumos P.O.S) **Reclamar el día:** 09/ene./2025

Medicamento - Material e insumo	Posologia	Cant	D/T	Observaciones
Sulfato Ferroso 250MG/20ML Fe/mL Solucion oral, Gotas	HIERRO EN GOTAS;DAR: 10 GOTAS UNA VEZ POR SEMANA, POR TRES MESES. (DESPUÉS DE ADMINISTRARLE EL HIERRO, DEBE CEPILLAR MUY BIEN LOS DIENTES)	1	60	
Albendazol 400 mg/20mL (2%) suspensión oral	ALBENDAZOL SUSPENSIÓN, DAR 20 CC DOSIS ÚNICA , VÍA ORAL.	1	1	
Vitan A (acetato o palmitato) 50.000 UI tableta. gragea o cápsula	VITAMINA A; 200.000 UI EN UNA SOLA TOMA (TOMAR 4 CÁPSULAS DILUIDAS EN UN VASO DE AGUA, ÚNICA DOSIS)	4	1	

Observaciones Generales

ASTRID JULIETH ORTIZ GUARACA
MEDICINA GENERAL
Registro Medico No. 1079184511

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 enado por el médico**
- **Tener presente que los medicamentos orales se puede tomar con alimentos o no, con el estomago vacío, 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"

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: _____

Nombre y Apellidos: Melany Aracely Castillo Torrez.

Historia Clínica: 1084580082

Fecha de Nac.: 31 - diciembre - 22.

E.P.S: Nueva EPS.

Dir: Juan Feliz Londoño

Tel: 314 426 6192.

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
Odontología	28	8	25			

E.S.E HOSPITAL
LUÍS ANTONIO MOJICA
Nataga - Huila
Salud con Calidad y Calidez Para Todos.

CERTIFICADO MEDICO, AGUDEZA Y AUDITIVO

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CERTIFICADO

Fecha de expedición	21/08/2025
Ciudad de expedición	NATAGA
Departamento de expedición	HUILA

II. INFORMACIÓN GENERAL DE QUIEN ELABORA EL CERTIFICADO

Apellidos	CASTRO LOZADA
Nombres	DIEGO ANDRES
No. de Tarjeta Profesional	1065612240

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Apellidos	CASTILLO TORRES					
Nombres	MELANY ARACELY					
Documento de identidad	RC	X	1084580082			
Fecha de Nacimiento	31/12/2022			Edad	2 AÑOS	
Genero	FEMENINO					
Estado Civil	NO APLICA			**EPS**	NUEVA EPS	
Escolaridad	NO APLICA			**REGIMEN**	SUBSIDIADO	

FUNDAMENTOS DE LA CERTIFICACIÓN

RELACIÓN DE DOCUMENTOS

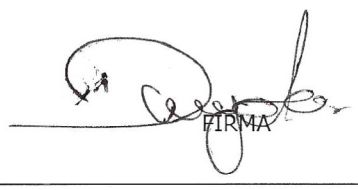
DOCUMENTO	SE TUVO EN CUENTA
HISTORIA CLÍNICA COMPLETA	SI
EXAMEN FISICO	SI
CONTROLES DE PRIMERA INFANCIA Y VACUNACION AL DIA	SI

CONCEPTO PARA VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

PACIENTE FEMENINO DE 2 AÑOS DE EDAD, TRAIDO POR SU MADRE. ACTUALMENTE ASINTOMATICO, QUE REQUIERE CERTIFICACION DE SU ESTADO DE SALUD, CON FINES ACADEMICOS.
* ANTECEDENTES PATOLOGICOS: NEGATIVOS.
* AL EXAMEN FISICO SIN ALTERACIONES.
* AGUDEZA VISUAL: EL EXAMEN OFTALMOSCÓPICO SIN ALTERACION DE LAS ESTRUTURAS OCULARES Y SIN ALTERACIONES CON EL USO DE OPTOTIPOS MORFOSCÓPICOS
* AGUDEZA AUDITIVA: VALORACIÓN DE LA SALUD AUDITIVA Y COMUNICATIVA ENCUENTRO INSPECCIÓN VISUAL Y OTOSCOPIA BILATERAL NORMALES, IGUALMENTE LAS FUNCIONES DE LA ARTICULACIÓN, VOZ, HABLA Y DESEMPEÑO COMUNICATIVO SIN ALTERACIONES
* MEDIDAS ATROPOMETRICAS: NORMALES PARA LA EDAD.
* PACIENTE QUIEN ASISTE A SU CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EL 09/01/2025 DONDE RECIBE EL DESPARACITANTE.

DIAGNOSTICOS	CIE10
CONTROL DE RUTINA	**Z000**
EXTENSION DE CERTIFICADO MEDICO	**Z027**

RESPONSABLE DEL CERTIFICADO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.004.473.666**

TORRES YUGUE

APELLIDOS

LUCELIDA TATIANA

NOMBRES

Lucelida Tatiana Torres

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-MAR-2003**

NATAGA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

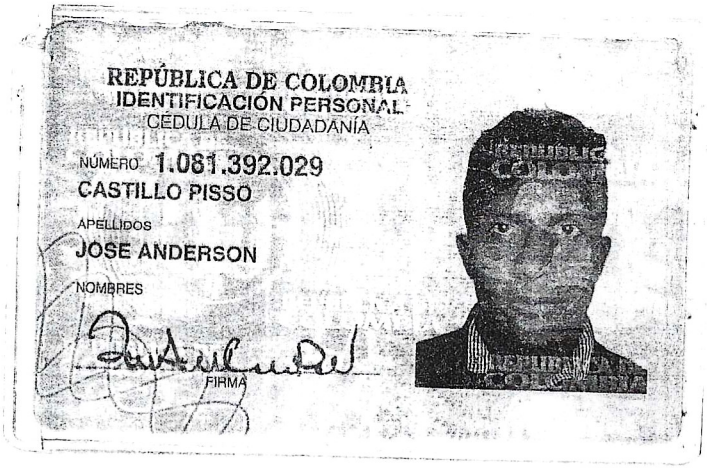
23-ABR-2021 NATAGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1905000-01237452-F-1004473666-20210608 0074570923G 1 8501939314

Tel: 3208952069.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.081.392.029
CASTILLO PISSO

APELLIDOS
JOSE ANDERSON

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-MAY-2003
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

03-JUN-2022 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1905000-01301518-M-1081392029-20220606 0079661062A 1 8504873021

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO de cero a Siempre

Ciudad Natagaima-Huila

Nombre completo de la niña o niño Melany Aracely Castillo Torres

Fecha de nacimiento 31 12 2022 **N° Documento de Identidad** 1.084.580082

Sexo Masculino ○ Femenino ⊗ **Fecha de 1er día de atención en el año** 1 08 2025.

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador María Alejandra Guatiteca

Fecha de registro cualitativo 20 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

Melany es una muy independiente, Alegre. le gusta jugar y explorar con diferentes objetos de su alrededor se encuentra dentro del perfil esperado dando cumplimiento a los ítems establecidos.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

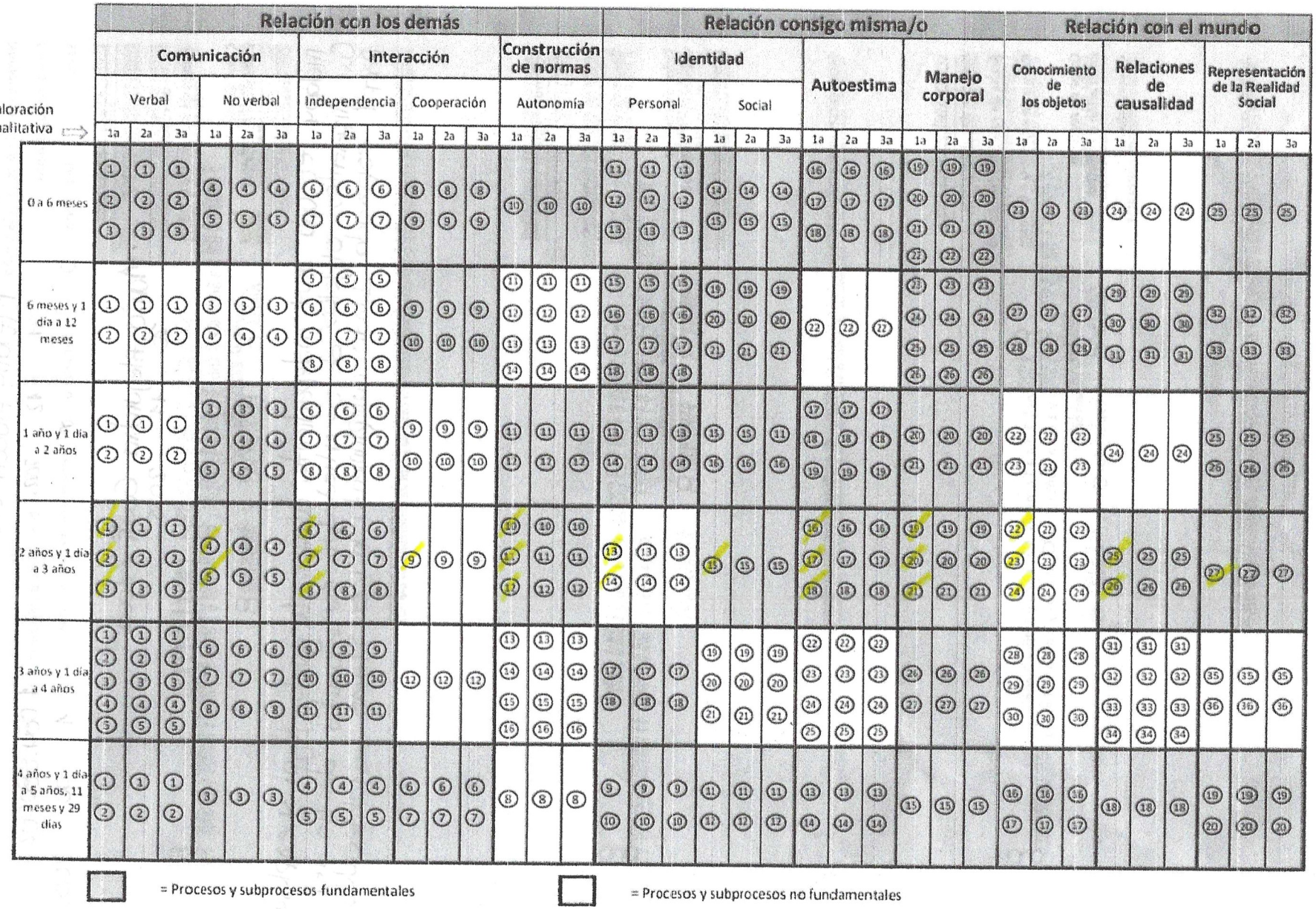
Rango de edad
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

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

Observaciones generales

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

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner


seguros mundial
Accidentes personales
Protegemos
tus pasos
Línea de atención
Línea nacional:
01 8000 112 684
en caso de accidente.
Conoce nuestra red médica
Página web:
www.segurosmundial.com.co
Nº Póliza:
2000514557
Tomador:
CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS
Nombre de Asegurado:
MELANY ARACELY CASTILLO TORRES
ID Asegurado:
1084580082
Vigencia Desde:
2025/08/01
Vigencia Hasta:
2026/02/24
Muerte Accidental
$5.000.000,00
Gastos Médicos
$4.000.000,00
En caso de accidente comunícate a nuestra línea 018000112684.
Para más información acerca de la póliza comunícate a nuestras líneas:
Desde Bogotá: 3274712/13
Línea nacional: 018000111935
Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935
www.segurosmundial.com.co