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: WILSON ZAID CLAROS PEÑA
RC X **No.** 1080268584



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	X		
Fotocopia del documento de identidad (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
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	X		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo y Seguimiento	Cada 3 meses	X		

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.080.268.584

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60366730

60366730

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1 2 B

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CLAROS	PEÑA

Nombre(s): WILSON ZAID

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes FEB Día 14	MASCULINO	A	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	170985573

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: PEÑA BOSCUE DERLY YOHANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004 153.463	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: CLAROS GIRALDO WILSON

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.075.298.807	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PEÑA BOSCUE DERLY YOHANA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.004 153.463	Derly Yohana Peña

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 autorizado
Año 2022 Mes FEB Día 18	MANUEL JESUS LAJORRE ADARME - REG
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL — Adhesivo Copia Registro Civil 28991360-2

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

18 FEB 2022

REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

356

Sisbén

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 11/09/2025

Ficha: 413780031030900000381

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: WILSON ZAID

Apellidos: CLAROS PEÑA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268584

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 26/04/2024

Última actualización ciudadano: 05/07/2024

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 VALD

Dirección: Calle 6 No 3 -

Teléfono: 31766179

Correo Electrónico: administradorsisben@laargentina-huila.gov

Powered by CamScanner

357

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	1080268584
NOMBRES	WILSON ZAID
APELLIDOS	CLAROS PEÑA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA ARGENTINA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/06/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/11/2025 19:53:58	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

Powered by CamScanner

MIS CONTROLES

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

Fecha de Atención	Edad	Peso	Talla	Índice Masa Corporal (IMC)	Perímetro Cefálico	Próximo control	Responsable del control	Responsable del próximo control
15-03-2022	1m	3760	53		35.5	21-mayo-2022	Yolfedy	Yolfedy
21-05-2022.	3M.	4.920	57.3.		39.	09. julio 2022.	Yolfedy	Yolfedy
09-07-2022	4m	6.115	62.8		41.9.	14-octubre2022	Yolfedy	Yolfedy
14-10-2022	8m.	7.230	685		44	03-Diciembre-2022	Yolfedy	
03-12-22	4m	7570	689		44.5	25-febrero-2023		
29-03-23	4m	8.20	72.			24 Noviembre 2023		
24-11-2023	1a.	9.2	78		45	18-mayo-2024		
24/05/2024	2A	9.500	83		46.5.	06 septiem 2024.		
26/09/2024	2m	10.60	T:84.3		47 PT:49	11-octubre-2024. 2pm		
14-02-2025	3A.	10.20	T85.		47 PT 47.	proximo control - 21 FEBERO 2026		



Uso del carné de salud infantil Medimás EPS

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

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

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

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

Mamá _____ Papá _____

Otro _____

Mis datos

Mi nombre completo es: wilson toud claros peña
Nací en: Municipio: la plata | Dpto: Huila
El día: 14 Del mes: 02 Del año: 2024 Sexo: F: ___ M: ✓
Mi peso al nacer fue: 2800 | Mi talla al nacer fue: 48.
Mi tipo y grupo sanguíneo es: A | Rh: +
Mi resultado de TSH fue: _____
Mi número de registro civil es: 1080268584
Mi EPS es: AIC
Soy alérgico(a) a: _____
Utilizo algún medicamento especial: _____

Datos familiares

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

Datos de mi nacimiento

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

Powered by CamScanner

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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



Ministerio de Salud y Protección Social

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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Wilson zaid claros
Fecha de nacimiento: 14 Febrero 2022
Nº de certificado de nacido vivo: 1709185573
Registro civil: 1.088.268.584
Sexo: Masculino "A1C"
Grupo sanguíneo: A+ 3E-Edm
Peso al nacer: 2.860gr Talla: 48cm.
Dirección: libradi faldas "los bris
Teléfono 1: 3110990535
Teléfono 2:
Responsable: Derly Johanna Peña Soto
Municipio de residencia: La argentina
Departamento: Huila cc 1004153
cc. 1004153463

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Wilson Zaid Claros Peña. Tipo Identificación: No. ID: 1.080.268.584

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	15	02	2022	Serum	03710671	IPS JUAN PABLO				Jeidy Rebollo Mayorquin
	Hepatitis B	Recién nacido	14	02	2022	Serum	03720320771D					
2 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.°	21	04	2022	Bithoven Biolog	211140 0648 A – –	ESE Juan Ramos	22	06	22	Jeidy Rebollo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	21	04	2022	Serum	2885 0 9 0 3 8 A – –	ESE Juan Ramos	22	06	22	Jeidy Rebollo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°	21	04	2022	Serum	2885 0 9 0 3 8 A – –	ESE Juan Ramos	22	06	22	Jeidy Rebollo
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.°	21	04	2022	Serum	2885 0 9 0 3 8 A – –	ESE Juan Ramos	22	06	22	Jeidy Rebollo
	Diarrea por rotavirus	1.°	21	04	2022	Glaxosmith.	A R C L C 8 7 1 A D –	ESE Juan Ramos	22	06	22	Jeidy Rebollo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	21	04	2022	Glaxosmith.	A S P N B 3 2 1 C A –	ESE Juan Ramos	22	06	22	Jeidy Rebollo
4 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.°	22	06	2022	Bithoven Biolog	2114 0664 A	E.S.E JUAN	20	8	22	Jeidy Rebollo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	22	06	2022	Serum	2851 X 0 0 7 C	E.S.E JUAN	20	8	22	Jeidy Rebollo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°	22	06	2022	Serum	2851 X 0 0 7 C	E.S.E JUAN	20	8	22	Jeidy Rebollo
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.°	22	06	2022	Serum	2851 X 0 0 7 C	E.S.E JUAN	20	8	22	Jeidy Rebollo
	Diarrea por rotavirus	2.°	22	06	2022	Glaxosmith	A R C L B 3 4 A B	E.S.E JUAN	–	–	–	Jeidy Rebollo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	22	06	2022	Glaxosmith	A S P N B 3 4 0 A B	E.S.E JUAN	14	02	23	Jeidy Rebollo
6 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.°	24	08	2022	Bithoven Biolog	2140 0 0 3 A – –	ESE Juan Ramos	–	–	–	Jeidy Rebollo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	24	08	2022	Serum	2851 X 0 0 7 E –	ESE Juan Ramos	–	–	–	Jeidy Rebollo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°	24	08	2022	Serum	2851 X 0 0 7 E –	ESE Juan Ramos	–	–	–	Jeidy Rebollo
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.°	24	08	2022	Serum	2851 X 0 0 7 E –	ESE Juan Ramos	–	–	–	Jeidy Rebollo
	Influenza estacional	1.°	24	08	2022	Gran cross	V 5 0 2 2 2 0 0 6 –	ESE Juan Ramos	24	09	22	Jeidy Rebollo
7 meses	Influenza estacional	2.°	24	09	2022	Gree cross	V 5 0 2 2 2 0 0 6 –	ESE JUAN	anual.			Jeidy Rebollo
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	15	02	23	Serum	0131N0852A – –	ESE Juan Ramos	–	–	–	Jeidy Rebollo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	15	02	23	Pfizer.	FD488955 – – –	ESE Juan Ramos	–	–	–	Jeidy Rebollo
	Varicela	2.°	15	02	23	MERCK Sharp	W0166C4B0 – – –	ESE Juan Ramos	–	–	–	Jeidy Rebollo
	Hepatitis A	Única	15	02	23	Merck Sharp	W0048B0 – – –	ESE Juan Ramo	–	–	–	Jeidy Rebollo
	Influenza estacional	Anual	03	06	23	Biotechnyred	V5052300 2 –	ESE Juan Ramos	–	–	–	Jeidy Rebollo
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	25	08	23	Bithoven B	3205700 5 A – –	E. S. E.	25	08	23	Jeidy Rebollo
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	25	08	23	Serum	3825 7 7 9 3 7 A – –	Juan Ramon	25	08	23	Jeidy Rebollo
	Fiebre amarilla	Única	25	08	23	Sanofi Past	W3C5 9 7 9 V – – –		–	–	–	
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	25	08	23	Serum	0131N082A – –	E.S.E Juan	–	–	–	Jeidy Rebollo
	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

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Wilson Zaid claros peña	**DOCUMENTO:** 1080268584
CONTROL DE PLACA **FECHA DE ATENCIÓN:** 20 Agosto 2025.	**PROXIMO CONTROL:** 20 febrero 2026.
EXPEDIDO POR: Karina Garzia Martinez Auxiliar en Salud Oral 1004154284	

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
813010966 - 1

CERTIFICACION MEDICA

Entidad Administradora: **COÖSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD**

Certificado No.: **10000689**
Fecha de Registro: 21-feb-2025
Historia No.: 1080268584

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	WILSON ZAID CLAROS PEÑA	No.identificación :	RC: 1080268584
Sexo:	M	Edad :	3 Años
Ciudad de residencia:	LA ARGENTINA, HUILA	Estado civil:	MENOR DE EDAD
Dirección residencia:	, EL PROVENIR	Teléfono:	3118990535

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : 11.4 Kg Talla : 86 cm

CAMPO VISUAL

Ojo Derecho : Visión normal Ojo Izquierdo : Visión normal

OBSERVACIONES GENERALES

MENOR DE 3 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA DE SEGUIMIENTO PÓR BAJO PESO POR MEDICINA GENERAL Y PEDIATRIA, EN EL MOMENTO CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, AFEBRIL, HIDRATADO, ORIENTADO, SIN SEÑALES DE MALTRATO EVIDENTES, ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR PARA LA EDAD, SE REALIZA TAMIZAJE VISUAL CON RESULTADO NORMAL (20/20) EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO, SE REALIZAN PREGUNTAS AL MENOR LAS CUALES RESPONDE ADECUADAMENTE POR LO CUAL SE PUEDE CERTIFICAR QUE PUEDE ESCUCHAR CORRECTAMENTE; 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 No2CC 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 H, 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): Wilson Zaid Claros Peña con RC No 1080268584 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

364

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.

Derly Yohana Peña
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

AGENTE EDUCATIVO

Powered by CamScanner

de cero a Siempre

Ciudad La Argentina Huila

Nombre completo de la niña o niño Wilson Zaid Glaros peña

Fecha de nacimiento 14 02 2022 **N° Documento de Identidad** 1080208584

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Yurony Alexandra Lopez

Fecha de registro cualitativo 05 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

Wilson es un niño muy alegre, dedicado y compañerista, se expresa de manera adecuada logra expresar sus emociones juego, corre y salta logrando un adecuado manejo corporal

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Yurony Alexandra lopez M

Fecha de registro cualitativo 01 10 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 logro observar que wilson es muy alegre le gusta jugar tiene un buen manejo corporal y en general de todas las dimensiones de la escola.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Yurony Alexandra lopez Medina

Fecha de resgistro cualitativo 29 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 este trimestre logramos observar que luis se mostro mas alegre se comunco mas con sus compañeros ha logrado un proceso adecuado de aprendizaje y adaptacion

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

Powered by CamScanner

366

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

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
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 ㉔	㉓ ㉔	㉓ ㉔	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	㉓ ㉔ ㉕ ㉖	㉓ ㉔ ㉕ ㉖	㉓ ㉔ ㉕ ㉖	㉗ ㉘ ㉙	㉗ ㉘ ㉙	㉗ ㉘ ㉙	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 ㉒ ㉓	⑳ ㉑ ㉒ ㉓	⑳ ㉑ ㉒ ㉓	㉔	㉔	㉔	㉕ ㉖	㉕ ㉖	㉕ ㉖	㉗	㉗	㉗
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	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑮	⑮	⑮	⑯ ⑰ ⑱	⑯ ⑰ ⑱	⑯ ⑰ ⑱	⑲ ⑳ ㉑ ㉒	⑲ ⑳ ㉑ ㉒	⑲ ⑳ ㉑ ㉒	㉓ ㉔ ㉕	㉓ ㉔ ㉕	㉓ ㉔ ㉕	㉖	㉖	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 ㉑	⑲ ⑳ ㉑	⑲ ⑳ ㉑	㉒ ㉓ ㉔ ㉕	㉒ ㉓ ㉔ ㉕	㉒ ㉓ ㉔ ㉕	㉖ ㉗ ㉘ ㉙	㉖ ㉗ ㉘ ㉙	㉖ ㉗ ㉘ ㉙	㉚ ㉛ ㉜ ㉝	㉚ ㉛ ㉜ ㉝	㉚ ㉛ ㉜ ㉝	㉞ ㉟	㉞ ㉟	㉞ ㉟
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	⑯	⑯	⑰	⑰	⑰	⑱	⑱	⑱

= 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 Wilson Said Flores Peña, identificado (a) con documento de identidad número 1092203584, 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, Derly Yohana Peña Soscue, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 100 415 3463, 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 Yuranis 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 Huila

Suscriben:

Firma: Derly Peña
Nombre: Derly Yohana Peña Soscue
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 312 543 1764
Fecha: 3-03-2025
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 Derly Yohana Peña Sosa, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1004153463 de la Argentina H, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Wilson Zaid Cabos Peña, identificados con NUIP No. 1080268584, 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 Neiva, a los 05 días del mes 03 de 202(5)

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

Nombre: Derly Yohana Peña

Firma: Derly Peña

CC. No. 1004153463

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Yurony Alexandra Lopez Medina

Firma: Yurony A Lopez M.

CC. No. 1004133738

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* Derly Yohana Peña *identificada con* C.C *número* 1004153463, *acudiente o responsable del beneficiario* Wilson David Charos Peña, *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.*

Derly Yohana Peña

Firma Madre/Padre/Cuidador

c.c 1004153463

Juan A Lopez M.

Firma Equipo Agente Educativo

C.C 1004153736

Huella niño o niña



Powered by CamScanner

370

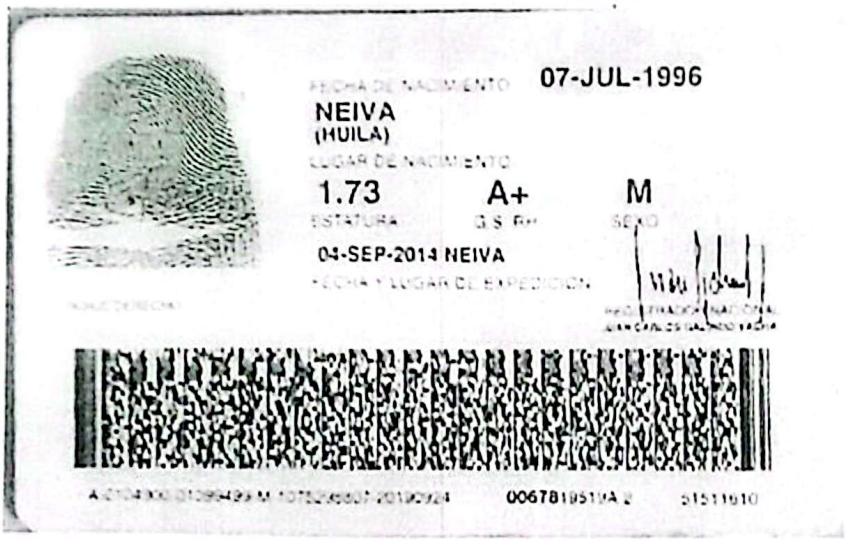
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL

1.075.298.607
CLAROS GIRALDO

WILSON

wilson claros Giraldo





Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.153.463

PEÑA SOSCUE
APELLIDOS

DERLY YOHANA
NOMBRES

Derly Yohana Peña.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAY-2000
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

16-MAY-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01012826-F-1004153463-20180607 0061481367A 1 50404397

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **48.656.921**

SOSCUE PUYO

APELLIDOS

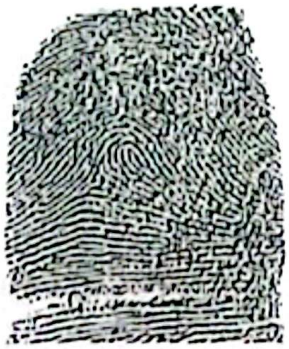
ELVIA

NOMBRES

Elvia Soscue P

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-MAY-1962**

SILVIA
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-SEP-1988 SANTANDER DE QUILICHAO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1904700-00155339-F-0048656921-20090428 **0011**105926A 1 22367249

ESTADO CIVIL

Powered by CamScanner

373

: MUNICIPIO LA ARGENTINA
c.c. / Nit: 8911802057
K 4 12 20 T2 AP 501
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780035000
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 3-LIBRETIN 3 DE LA ARGENT

SU CÓDIGO DE 90283. PARA CUALQUIER CONS. Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
84844896
Fecha De Emisión
16/01/2025

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo	Periodos Vencidos:
1 / 2025	14/12/24-14/01/25	$59,460	$59,460	0 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Nivel Tensión: 1-Prop. N 2 Aerea
Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 1-Bajo Bajo
Carga Instalada: 1 W
Zona: OCCIDENTE
Nodo: T19965-GL1P

COSTO UNITARIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

Generación	415.14
Transmisión	55.37
Distribución	215.13
Restricciones	3.47
Pérdidas	96.01
Comercialización	145.39
Costo Unitario	934.51
Tarifa Aplicada	934.5057

Indicadores De Calidad Individual

Calculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-19320323	HIK	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	1492	1426	1	66

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	61,677
110	Interes moratorio	12
608	Ajuste Decena	<4>
995	Subsidio	<35,770>

Ultimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2024	12	61	2024	6	60
2024	11	68	2024	5	59
2024	10	64	2024	4	57
2024	9	60	2024	3	55
2024	8	53	2024	2	58
2024	7	60	2024	1	55

Promedio Cuenta	Consumo Año Anterior
61	55

Indicadores De Calidad Individual Retroactivo

Nodo 6500423 Grupo Calida	21
Horas a compensar	0
Compensacion por evento	
Meta Calidad opr Duración	62.37
Meta calidad por eventos	21
Eventos acmulados año	6
Duracion acumulador año	3.157
Consumo a compensar	0
Cargo distribución	272.5

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	66.0	392.5287	$25.907

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total
-			

Tasa de Interés 0.00 %

Total cuota Financiación 0

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total Electrohuila	$25,915
Total Servicio de Aseo	$0
Total Alumbrado Público	$4,145
Total Otros Cobros	$29,400
Total a Pagar	$59,460

CUFE d62f94246c663054efcc3c973195d8ebf52e7f41ebfdd6adce7401a87d51857bae12bbb90a7610e21a044623de2cad8f

FOES
Kwh$/Kwh Total N. Fact

Ultimo Pago
$27,810
03/01/2025
Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB
Pag: 1447

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento
27/01/2025
Suspensión a Partir del:

Linea de transparencia

Reporta en la linea de transparencia todos los presuntos actos de soborno, corrupción o comportamientos indebidos de nuestros trabajadores y/o contratistas
Linea gratuita 018000 117766
Correo electrohuila@lineatransparencia.com
Accede directamente escaneando el Código QR

(415)7707274499679(8020)0902838228(3900)0000059460(96)20250127

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

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019

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: WILSON ZAID CLAROS PEÑA

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1080268584	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, comunicarse 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 | 2024

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI La Argentina II

Tipo documento Identidad: ( ) 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: 1080268584

Fecha nacimiento: 14 | 02 | 2022

Nombres: Wilson Zaid

Apellidos: Gloros Peña

¿Tiene discapacidad? ( ) Sí (Ø) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ( ) Sí (Ø) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ( ) Sí (Ø) 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: Rural

Barrio:

Vereda: los Idolos

Sector:

Dirección:

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (Ø) Madre ( ) Padre ( ) Cuidadoría

Tipo documento Identidad: ( ) Tarjeta Identidad (Ø) 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: 1004153463

Nombres: Derly Yohana

Apellidos: Peña Sosa

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 08 | 05 | 2000

Correo electrónico:

Número de celular: 3125431764

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Derly Peña

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

Observaciones:

Powered by CamScanner