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: SERGIO ANDRES ANAYA CORDOBA
RC X **No.** 1080268615



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 1.080.268.615

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60366764

60366764

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
X						L 2 B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ANAYA	CORDOBA

Nombre(s)
SERGIO ANDRES

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes MAR Día 18	MASCULINO	B	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	172690027

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
CORDOBA REALPE BELYS YANETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 55.212.871	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
ANAYA MESTIZO ELVER MAURICIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.263.105	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
ANAYA MESTIZO ELVER MAURICIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.080.263.105	Mauricio Anaya M

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes MAR Día 24	MANUEL JESUS LATORRE ADARME - REG
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA 32870634-8

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

Manuel Jesus Latorre Adarme
Registrador Municipal

10 AGO 2023

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

A2

Fecha de consulta: 11/09/2025

Ficha: 41378053503400000452

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SERGIO ANDRES

Apellidos: ANAYA CORDOBA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268615

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/10/2020

Última actualización ciudadano: 24/03/2022

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

***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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema

Powered by CamScanner

316

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	1080268615
NOMBRES	SERGIO ANDRES
APELLIDOS	ANAYA CORDOBA
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	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. -CM	SUBSIDIADO	24/04/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/11/2025 19:48:24	**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".

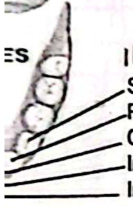
Powered by CamScanner

...RUPCIÓN DE DIENTES ...ALES ("DE LECHE")



...ES

DIENTE	EDAD
Incisivo Central	
Incisivo Lateral	
Canino	
Primer Molar	
Segundo Molar	



...ES

DIENTE	EDAD
Segundo Molar	
Primer Molar	
Canino	
Incisivo Lateral	
Incisivo Central	

...MENDACIONES

SALUD ORAL

...impiarlos con un algodón o una gasa húmeda ...ales estén completos enseñar al niño la forma ... dientes y el uso de seda dental, ayudando ...rlo bien.

...o con el biberón en la boca porque azúcar ...emás el chupón puede originar de la forma de ...ción de los dientes. Procure no dar dulces o

...ología debe hacerse antes del primer año.

...DADOS GENERALES

..., lávele las manos y los dientes, córtele las uñas ...amine. NO USE TALCOS NI CHUPOS.

...os. Evite que su niño se acerque a los enfermos. ...os Evite que su niño se acerque a los enfermos.

...elo, abrácelo y acarícielo. Permita que el niño ... para jugar con él. Involucre al niño en las ...hable con el niño y responda con amor a sus ...llamar la atención. Permita que el niño se mueva ... engañe, ni asuste al niño para obligarlo a

... que no debe hacer. No exija que el niño realice ... por su edad. Sea Siempre sincero con él.

...ENFERMO, DEBO REVISAR SI PRESENTA LAS ...QUE ME OBLIGAN A LLEVARLO AL SERVICIO ...VALORACIÓN INMEDIATA POR MÉDICO

...l tomar el pecho.

...-

... ataques.

...ido) o inconsciente (sin sentido).

...ra con dificultad.

...s por minuto.

...iarreicas o liquidas.

...or a 39° o liquidas.

...3 días.

EDAD	TIPO DE VACUNA		1ra DOSIS O UNICA Fecha	2da DOSIS Fecha Cita	2da DOSIS Fecha Vacuna	3ra DOSIS Fecha Cita	3ra DOSIS Fecha Vacuna	A los 12 meses de edad Fecha Cita	A los 12 meses de edad Fecha Vacuna
Recién Nacido	Antituberculosa - BCG								
	Hepatitis B (Recién Nacido)								
A partir de los 2 Meses	PENTAVALENTE	Difteria - Tos ferina - Tetanos (DPT)							
		Haemophilus influenze - TIPO b							
		Hepatitis B							
	Vacuna oral de polio - VOP								
	Vacuna oral de rotavirus								
	Vacuna contra el neumococo								
A partir de los 4 Meses	PENTAVALENTE*								
	Vacuna contra polio - VOP								
	Vacuna oral de rotavirus								
	Vacuna contra el neumococo								
A partir de los 6 Meses	PENTAVALENTE*								
	Vacuna oral de polio - VOP								
De 6 Meses a 23 meses	Vacuna de influenza (De 6 meses a 23 meses)								
A Los 12 meses	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)								
	Fiebre Amarilla (FA)								
	Vacuna contra el neumococo								

		Al año de la 3ra DOSIS	A los 5 Años de edad	ADICIONALES	
Al año de las terceras dosis	Difteria - tos ferina - tétanos(DPT)				
	Vacuna oral de polio - VOP				
Al año 5 años de edad	Difteria - tos ferina - tétanos(DPT)				
	Vacuna oral de polio - VOP				
	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)				
Adicionales					

REHIDRATACIÓN ORAL SUERO ORAL



En un litro de agua hervida y fría, mezcle todo el contenido de un sobre de suero oral.

si el niño NO ESTA DESHIDRATADO dele con cucharita y vaso dos onzas como mínimo, después de cada deposición.

Si el niño presenta ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN acuda a la Promotora de salud, ala Unidad de Rehidratación Oral UROCS más cercana, o al Hospital.

	EDAD
AL MES Patalea vigorosamente Sigue con los ojos el movimiento de un objeto. Se sobresalta con el ruido. Sigue movimientos del rostro.	
A LOS 3 MESES Sostiene la cabeza. Se lleva objetos a la boca. Balbucea con las personas. Se voltea cuando se le habla.	
A LOS 6 MESES Intenta sentarse solo. Pasa objetos de una mano a otra. Reacciona cuando se le llama. Pone atención a la conversación.	
A LOS 9 MESES Se sienta por sí solo. Agarra objetos con los dedos Pulgar e índice. Dice una palabra clara. Imita aplausos.	
A LOS 12 MESES Se para solo. Busca objetos escondidos. Entiende orden sencilla. Bebe en la taza sola.	
A LOS 18 MESES Corre. Pasa hojas de un libro. Reconoce seis objetos. Avisa deseos de ir al baño.	

	EDAD
A LOS 24 MESES Salta en los dos pies Hace torre de 5 o más cubos. Dice más de 20 palabras claras. Control diurno de orina.	
A LOS 36 MESES Camina hacia atrás. Separa objetos grandes y pequeños. Usa oraciones completas. Se baña solo las manos y la cara.	
A LOS 48 MESES Lanza y agarra la pelota. Copia cuadrado y círculo. Describe bien un dibujo. Tiene un amigo especial.	
A LOS 60 MESES Hace rebotar y agarra la pelota. Dibuja escalera. Nombra 4 o 5 colores. Organiza Juegos.	
A LOS 72 MESES Salta desde 60 cms de altura. Dibuja casa. Conoce días de la semana. Comenta vida familiar.	
A LOS 84 MESES Salta alternando los pies. Copia una figura de líneas curvas. Conoce ayer, hoy y mañana. Conoce fechas especiales.	

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2022	junio	18	8:00	[illegible]	
2022	Agosto	18	10:00	[illegible]	
2022	Agosto	31	8:00	[illegible]	
2022	Noviembre	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
2023	febrero	21	8:00	[illegible]	
2023	Julio	27	7:00		
2023	Julio	25	6:00	[illegible]	
2023	Diciembre	23	3:00	[illegible]	
2024	enero	[illegible]	6:00	[illegible]	
2024	Julio	14	[illegible]	[illegible]	
2025	Abril	26	[illegible]	[illegible]	
2025	mayo	07	[illegible]		

Atención con Calidad Humana

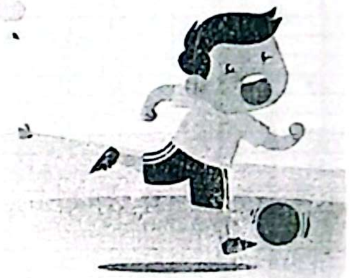
E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS

E.S.E JUAN RAMON NUÑE...

NIT 813.010.966-1 Tel 8...

Código del Prestador 41378

La Argentina - Huila



CARNÉ DE SAL... MENOR DE 10 ...

Nombre: Sergio Andres An...

Fecha de nacimiento: 18 Ma...

Registro Civil: 10802696...

Teléfono: 3209352273

Dirección: M. Esperanza

Barrio o Vereda: Barrio

Nombre Responsable del Niño Paola...

EPS afiliación: Ecoopsos

Sitio de atención: ESE JRN

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN ... LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUA... DE SE LO RECOMIENDE

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

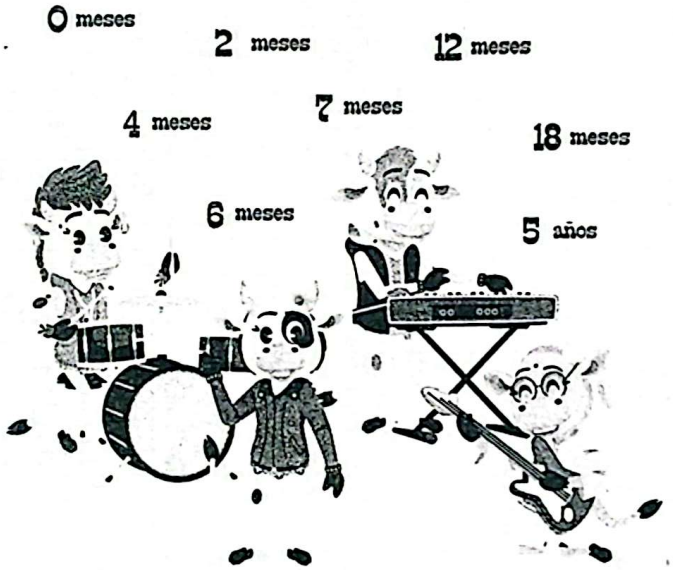
3 años					
4 años					
5 años					

*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: Sergio Andres Ancay Cerdoba
Fecha de nacimiento: 18 marzo de 2022
Nº de certificado de nacido vivo: 172690027
Registro civil: 1080268.615.
Sexo: Masculino Semana. 38.
Grupo sanguíneo: B+ Rh positivo
Peso al nacer: 3.735gr Talla: 52cm
Dirección: la primavera Mza 1 N1-09.
Teléfono 1: 3209352273 Nueva esperanza
Teléfono 2:
Responsable: Belys yaneth cordoba
Municipio de residencia: la argentina
Departamento: Huila CC. 55212891.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Cita: 18 marzo 2027

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Sergio Andres. Analy. Cordoba Tipo identificación: No. ID: 1.080.268.615.

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	18	03	2023	Serum	0 3 7 0 6 1 1 0	Hospital				Yorguis Andrea Ortiz Montes
	Hepatitis B	Recién nacido	18	03	2023	Serum	0 3 2 0 X 0 2 2 0	Hospital				Andrea Ortiz Montes
2 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.°	27	05	2022	Bithoven Biotech	2 1 1 4 0 0 6 - - -	ESE Juan Ramon	27	07	22	Leidy Robayo
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	27	05	2022	Serum	2 B 5 1 X 0 0 7 C -	ESE Juan Ramon	27	07	22	Leidy Robayo
	Pentavalente: Hepatitis B	1.°	27	05	2022	Serum	2 B 5 1 X 0 0 7 C -	ESE Juan Ramon	27	07	22	Leidy Robayo
	Pentavalente: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	27	05	2022	Serum	2 B 5 1 X 0 0 7 C -	ESE Juan Ramon	27	07	22	Leidy Robayo
	Diarrea por rotavirus	1.°	27	05	2022	Glaxosmith	A B C L D 0 3 4 A B	ESE Juan Ramon	27	07	22	Leidy Robayo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	27	05	2022	Glaxosmith	A S P N B 3 4 0 A B	ESE Juan Ramon	27	07	22	Leidy Robayo
4 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.°	27	07	2022	Bithoven Biotech	2 1 4 0 0 0 3 - - -	ESE Juan Ramon	27	09	22	Leidy Robayo
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	27	07	2022	Serum	2 B 5 1 X 0 0 7 C -	ESE Juan Ramon	27	09	22	Leidy Robayo
	Pentavalente: Hepatitis B	2.°	27	07	2022	Serum	2 B 5 1 X 0 0 7 C -	ESE Juan Ramon	27	09	22	Leidy Robayo
	Pentavalente: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	27	07	2022	Serum	2 B 5 1 X 0 0 7 C -	ESE Juan Ramon	27	09	22	Leidy Robayo
	Diarrea por rotavirus	2.°	27	07	2022	Glaxosmith	A B C L D 0 4 5 A C	ESE Juan Ramon	27	09	22	Leidy Robayo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	27	07	2022	Glaxosmith	A S P N B 3 4 2 A B	ESE Juan Ramon	18	03	23	Leidy Robayo
6 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.°	27	09	2022	Bithoven Biotech	2 1 4 1 0 1 4 - - -	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Robayo
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	27	09	2022	Serum	2 B 5 1 X 0 0 7 C -	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Robayo
	Pentavalente: Hepatitis B	3.°	27	09	2022	Serum	2 B 5 1 X 0 0 7 C -	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Robayo
	Pentavalente: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	27	09	2022	Serum	2 B 5 1 X 0 0 7 C -	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Robayo
	Influenza estacional	1.°	27	09	2022	Green Cross	V 5 0 2 2 2 0 0 6 -	ESE Juan Ramon	27	Enero	22	Leidy Robayo
7 meses	Influenza estacional	2.°	09	11	2022	Green Cross	V 5 0 2 2 2 0 0 6 -	ESE Juan Ramon		Enero		Leidy Robayo
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	18	03	23	Serum	0 1 3 1 N L 0 7 B -	ESE Juan Ramon	29	09	23	Cristian Vargas
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	18	03	23	pfizer	F 4 9 9 2 5 - - - -	ESE Juan Ramon	—	—	—	Cristian Vargas
	Varicela	2.°	18	03	23	Merck Sharp Dohme	W 0 1 6 9 4 8 - - -	ESE Juan Ramon	—	—	—	Cristian Vargas
	Hepatitis A	Única	18	03	23	Merck Sharp Dohme	W 0 0 4 8 0 2 - - -	ESE Juan Ramon	—	—	—	Cristian Vargas
	Influenza estacional	Anual	20	05	23	Biopharma	V 5 0 5 2 3 C 0 2 1 -	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Robayo
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.° refuerzo	28	09	23	Bithoven	2 2 3 4 0 0 1 - - -	ESE Juan Ramon	18	03	27	Leidy Robayo
	Pentavalente/DPT	1.° refuerzo	28	09	23	Serum	2 B 5 1 4 0 3 7 H -	ESE Juan Ramon	18	03	27	Leidy Robayo
	Fiebre amarilla	Única	28	09	23	Sanofi	W 3 C 5 9 1 V - - -	ESE Juan Ramon	—	—	—	Leidy Robayo
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	28	09	23	Serum	0 1 3 2 N 0 7 2 B -	ESE Juan Ramon				Leidy Robayo
	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.

39

Powered by CamScanner

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
LA ARGENTINA - H

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Sergio Andres Anaya C.	**DOCUMENTO:** 1080268615
CONTROL DE PLACA **FECHA DE ATENCIÓN:** 06 septiembre 2025	**PROXIMA FECHA:** 06 marzo 2026
EXPEDIDO POR: Carolina Bolaños Vargas Aux. Salud Oral C.C. 1080266471	

Powered by CamScanner

320

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
813010966 - 1

CERTIFICACION MEDICA

Certificado No.: **10000705**
Entidad Administradora: **SALUD TOTAL** Fecha de Registro: 21-feb-2025
Historia No.: 1080268615

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	SERGIO ANDRES ANAYA CORDOBA	No.identificación :	RC: 1080268615
Sexo:	M	Edad :	2 Años
Ciudad de residencia:	LA ARGENTINA, HUILA	Estado civil:	MENOR DE EDAD
Dirección residencia:	, LA NUEVA ESPERANZA	Teléfono:	3209352273

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : 16.1 Kg Talla : 96.4 cm

CAMPO VISUAL

Ojo Derecho : Visión normal Ojo Izquierdo : Visión normal

OBSERVACIONES GENERALES

MENOR DE 2 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA DE PARTO POR CESAREA POR MACROSOMIA FETAL, 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 No. CC 1080260003

Mercedes Yulieth Farfán M.
Medico General
R.M. 1.080.264.891
Firma del profesional de la salud

Powered by CamScanner

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

ACTA DE COMPROMISO Y CORRESPONSABILIDAD CON PADRES DE FAMILIA Y/O CUIDADORES

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS col b Argentina, 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): Sergio Andres Anaya con RC No 1080268615 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

323

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 H.

Jarcht C
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

AGENTE EDUCATIVO

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Argentina Huila

Nombre completo de la niña o niño Sergio andres Anoya Cordoba

Fecha de nacimiento 18 03 2022 **N° Documento de Identidad** 1080268615

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 04 06 2025

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

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

Observaciones generales

En este Primer trimestre se logro evidenciar que sergio maneja una buena relacion con los demas logra un buen manejo corporal, en general se encuentra en un buen desarrollo para su edad.

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 Medina

Fecha de registro cualitativo 30 09 2025

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

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

Observaciones generales

En este segundo trimestre se logro observar que Sergio mejoro en diversos aspectos se comunica de manera mas abierta con sus Compañeros tiene un mejor autoestima y manejo Corporal

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 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

En este trimestre Sergio mejoro mucho en relacion con sus Compañeros y en su manejo Corporal. se encuentra con un desarrollo adecuado para su edad

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

Powered by CamScanner

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

loración alitativa ⇨	Relación con los demás												Relación consigo misma/o										Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social														
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 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	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27	27	27	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32	32	32
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 16	13 14 16	13 14 16	15	15	15	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	13 14	13 14	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	25	25	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	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
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

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 Sergio Andres Arroyo Cordoba, identificado (a) con documento de identidad número 1092685615, 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, Janeth Cordoba Realpe, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 55 212 871, 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 Yurany Alexandra Lopez M, 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: Janeht C
Nombre: Janeht cordoba
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3209352273
Fecha: 03- Marzo -2023
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 Belys Yoneth Cordoba, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 55212871 de la Argentina, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Sergio Andres Anaya Cordoba, identificados con NUIP No. 1080268615, 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 Huila, a los 05 días del mes 03 de 202(5)

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

Nombre: Janeht cordoba

Firma: Janeht cordoba

CC. No. 55212871

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Yurony Alexandra Lopez Medina

Firma: Yurony Lopez M.

CC. No. 1004153738

Powered by CamScanner

Huellas de Amor Para Tu Vida

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

BIENESTAR FAMILIAR

Fecha 24-03-2025 *Por medio de la presente acta Yo* Janeth Cordoba *identificada con* C.C *número* 55212841, Sergio Andres Arroyo C., *acudiente o responsable del beneficiario 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.*

Janeth Cordoba.

Firma Madre/Padre/Cuidador
C.C 55212841

Firma Equipo Agente Educativo
C.C 1004153738

Huella niño o niña



Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

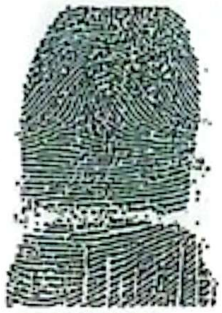
NUMERO 55.212.871

CORDOBA REALPE
APELLIDOS

BELYS YANETH
NOMBRES



BELYS JANETH CORDOBAR
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-MAR-1985
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

23-SEP-2003 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1904700-50124981-F-0055212871-20040416 0451504106P 02 139928084

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.080.263.105

ANAYA MESTIZO
APELLIDOS

ELVER MAURICIO
NOMBRES

Elver Mauricio Anaya
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-MAY-1992
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

17-AGO-2010 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1904700-00259705-M-1080263105-20101011 0024326322A 1 34818506

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Electrificadora del Huila S.A. ESP
NIT. 891.180.001 - 1

Sr(a) : LEON MARIELA DE JESUS
c.c. / Nit: 29199732
CRA 3E 7-39
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780040170
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 4-LIBRETIN 4 DE LA ARGENT

SU CÓDIGO DE CUENTA NEU
407202127
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
80869075
Fecha De Emisión
15/03/2024

Periodo	Periodo Facturado	Pago Total	Pago Mínimo	Periodos Vencidos
3/ 2024	14/02/24-13/03/24	$11,250	$11,250	0 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 1-Bajo Bajo
Carga Instalada: 300 W
Zona: OCCIDENTE
Nodo: T09582-GL1P

Costo Unitario de Prestación de Servicio

Generación	371.
Transmisión	54.
Distribución	256.
Restricciones	11.
Pérdidas	77.
Comercialización	198.
Costo Unitario	969.
Tarifa Aplicada	969.45

Indicadores De Calidad Individual

Nodo T09582 Grupo Calida 21
Horas a compensar
Compensacion por evento
Meta Calidad opr Duración 4
Meta calidad por eventos 16
Eventos acmulados año
Duracion acumulador año 12.
Consumo a compensar
Cargo distribución 314.

Indicadores De Calidad Individual Retroactiv

Nodo 6500151 Grupo Calida 21
Horas a compensar
Compensacion por evento
Meta Calidad opr Duración 62.
Meta calidad por eventos
Eventos acmulados año
Duracion acumulador año 30.
Consumo a compensar 21.
Cargo distribución 25

Calculos del Consumo

Contador	Marca	TM	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	FM	Consumo
1-60315861	HOL	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	6681	6656	1	25

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	24,236
607	Ajuste Decena	4
995	Subsidio	<14,541>

Ultimos Consumos

Año	Mes	Consumo
2024	2	54
2024	1	48
2023	12	48
2023	11	47
2023	10	53
2023	9	43

Promedio Cuenta: 48
Consumo Año Anterior: 31

Liquidación de Consumo

Medi	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	25.0	387.7804	$9.695

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Tasa de Interés 0.00 %

Total cuota Financiación 0

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	
	$
Total Electrohuila	-
	$9,69
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	
	$1,55
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	
	$11,25

CUFE

FOES	Ultimo Pago
Kwh	$24,590
$/Kwh	23/02/2024
Total	Emitida Por: ARLEY.SANCHEZ
N. Fact	Pag: 1584

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento
26/03/2024
Suspensión a Partir del

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: SERGIO ANDRES ANAYA CORDOBA

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1080268615	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

342

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: 02 | 25 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI la Argentina H

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: 1080268615

Fecha nacimiento: 18 | 03 | 2022

Nombres: Sergio Andres

Apellidos: Anoya Cordoba

¿...discapacidad? ( ) Si (X) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: la Argentina

Zona: Urbana

Barrio: P. Losada

Vereda:

Sector:

Dirección:

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento: 55212871

Nombres: Belys Yoneth

Apellidos: Cordoba R

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 03 | 03 | 1985

Correo electrónico:

Número de celular: 3209352273

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Janeth C

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Yuory d Lopez M.

Observaciones:

Powered by CamScanner