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
			Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Fecha de diligenciamiento: 24 | 02 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: ☒ Niño/a entre 0 y menor de 5 años ☐ Persona Gestante

Tipo de vinculación: ☐ Participante de nuevo ingreso ☐ Participante de continuidad

Unidad de Servicio sugerida: CDI La Argentina

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: 1080268177

Fecha nacimiento: 13 | 01 | 2021

Nombres: Miguel Angel **Apellidos:** Ordoñez Chilito

¿Presenta discapacidad? ☐ Si ☒ No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ☐ Si ☒ No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ☐ Si ☒ No

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila **Municipio de residencia:** La Argentina **Zona:** Urbana **Barrio:** Porvenir **Vereda:**

Sector: **Dirección:** Carrera 4 Nº 12-20

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: ☒ Madre ☐ Padre ☐ Cuidador/a

Tipo documento identidad: ☐ Tarjeta identidad ☒ 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: 1080263245

Nombres: Margery Antonia **Apellidos:** Chilito Clavijo

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 21 | 11 | 1992

Correo electrónico:

Número de celular:

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema? https://prematricula.icbf.gov.co ☒ Si ☐ No

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Margery Chilito C.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Ludivia H.

Observaciones:

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: MIGUEL ANGEL ORDOÑEZ CHILITO
RC ___ **No:** 1080268177

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

Copia del carnet de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el participante asista según el PAI			
Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.			
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (Copia del Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año			
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez			
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
Formato autorización uso de imágenes	Formalización del cupo	Una sola vez			
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya novedades			
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez			
Fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia			

108

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.080.268.177

Indicativo Serial 60366276

60366276

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1 2 8

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ORDOÑEZ	CHILITO

Nombre(s)

MIGUEL ANGEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes ENE Día 13	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA LA ARGENTINA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	16928841

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

CHILITO CLAVIJO MARGERY ANTONIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.263.245	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

ORDOÑEZ CASCA MIRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 83.183.744	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CHILITO CLAVIJO MARGERY ANTONIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.080.263.245	Margery Chilito C.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes ENE Día 15	HAMBEL JESUS LAVERDE ADARME - REG
	Nombre y firma

OFIXPRES 100238573

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

109

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	1080268177
NOMBRES	MIGUEL ANGEL
APELLIDOS	ORDOÑEZ CHILITO
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	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/04/2025 20:12:14	**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 afiliado

110

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	1080268177
NOMBRES	MIGUEL ANGEL
APELLIDOS	ORDOÑEZ CHILITO
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	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	03/31/2025 20:25:26	**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

191

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **03/06/2025**

Ficha: **41378014503700000120**

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MIGUEL ANGEL

Apellidos: ORDOÑEZ CHILITO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268177

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **07/12/2023**

Última actualización ciudadano: **07/12/2023**

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 VALDEZ**

Dirección: **Calle 6 No 3 - 52**

Teléfono: **3176617965**

Correo Electrónico: **administradorsisben@laargentina-huila.gov.co**

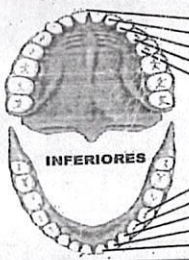
¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

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
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- Minsalud - Ministerio de Salud

EDAD DE ERUPCIÓN DE DIENTES TEMPORALES ("DE LECHE")



SUPERIORES	DIENTE	EDAD
	Incisivo Central	
	Incisivo Lateral	
	Canino	
	Primer Molar	
	Segundo Molar	

INFERIORES	DIENTE	EDAD
	Segundo Molar	
	Primer Molar	
	Canino	
	Incisivo Lateral	
	Incisivo Central	

RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

los primeros dientes debe limpiarlos con un algodón o una gasa húmeda cuando los dientes temporales estén completos enseñar al niño la forma correcta de cepillarse los dientes y el uso de seda dental, ayudando hasta cuando pueda hacerlo bien.

Nunca deje dormir al niño con el biberón en la boca porque azúcar facilita la caries dental, además el chupón puede originar de la forma de los maxilares y mal posición de los dientes. Procure no dar dulces o caramelos entre comidas.

La primera visita al odontologia debe hacerse antes del primer año.

CUIDADOS GENERALES

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

No le de aceite para púrgalos. Evite que su niño se acerque a los enfermos. No le de aceite para púrgalos Evite que su niño se acerque a los enfermos.

Exprese afecto al niño, álcelo, abrácelo y acarícielo. Permita que el niño Juegue y dedique tiempo para jugar con él. Involucre al niño en las actividades de la familia. Hable con el niño y responda con amor a sus intentos de comunicarse y llamar la atención. Permita que el niño se mueva libremente. No castigue, engañe, ni asuste al niño para obligarlo a obedecer.

Explíquele al niño las cosas que no debe hacer. No exija que el niño realice tareas que no puede hacer por su edad. Sea Siempre sincero con él.

MAMÁ SI MI HIJO ESTÁ ENFERMO, DEBO REVISAR SI PRESENTA LAS SEÑALES DE PELIGRO QUE ME OBLIGAN A LLEVARLO AL SERVICIO DE URGENCIAS O VALORACIÓN INMEDIATA POR MÉDICO

- Mi hijo no puede beber ni tomar el pecho.
- Vomita todo lo que come.
- Ha tenido convulsiones o ataques.
- Esta letárgico (Muy Dormido) o inconsciente (sin sentido).
- La chilla el pecho o respira con dificultad.
- Respira más de 60 veces por minuto.
- Presenta deposiciones diarreicas o líquidas.
- Presenta fiebre alta(mayor a 39° o líquidas.
- Presenta Fiebre más de 3 dias.

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

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

REHIDRATACIÓN ORAL SUERO ORAL



En un litro de agua hervida y fria, 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.

AL MES	EDAD	A LOS 24 MESES	EDAD
Patalea vigorosamente		Salta en los dos pies	
Sigue con los ojos el movimiento de un objeto.		Hace torre de 5 ó más cubos.	
Se sobresalta con el ruído.		Dice más de 20 palabras claras.	
Sigue movimientos del rostro.		Control diurno de orina.	
A LOS 3 MESES		A LOS 36 MESES	
Sostiene la cabeza.		Camina hacia atrás.	
Se lleva objetos a la boca.		Separa objetos grandes y pequeños.	
Babucea con las personas.		Usa oraciones completas.	
Se voltea cuando se le habla.		Se baña solo las manos y la cara.	
A LOS 6 MESES		A LOS 48 MESES	
Intenta sentarse solo.		Lanza y agarra la pelota.	
Pasa objetos de una mano a otra.		Copia cuadrado y círculo.	
Reacciona cuando se le llama.		Describe bien un dibujo.	
Pone atención a la conversación.		Tiene un amigo especial.	
A LOS 9 MESES		A LOS 60 MESES	
Se sienta por sí solo.		Hace rebota y agarra la pelota.	
Agarra objetos con los dedos		Dibuja escalera.	
Pulgar e índice.		Nombra 4 o 5 colores.	
Dice una palabra clara.		Organiza Juegos.	
Imita aplausos.		A LOS 72 MESES	
A LOS 12 MESES		Salta desde 60 cms de altura.	
Se para solo.		Dibuja casa.	
Busca objetos escondidos.		Conoce días de la semana.	
Entiende orden sencilla.		Comenta vida familiar.	
Bebe en la taza sola.		A LOS 84 MESES	
A LOS 18 MESES		Salta alterando los pies.	
Corre.		Copia una figura de líneas curvas.	
Pasa hojas de un libro.		Conoce ayer, hoy y mañana.	
Reconoce seis objetos.		Conoce fechas especiales.	
Avisa deseos de ir al baño.			

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2021	abril	16	7am	Maidy	
2021	JUNIO	29	7:am	Ha	
2021	Septiembre	04	7:am		
2021	Septiembre	11	7am		
2022	FEBRERO	04	7am		
2022	JULIO	26	7am		
2022	Agosto	19	8:00	Maidy	
2023	FEBRERO	04	8:00		
2023	SEPTIEMBRE	01	8:00		
2023	OCTUBRE	04	8:00		
2024	MAYO	23	8:00		
2025	Abril	04	8:00	X	
2025	JUNIO	06	8AM	14 JUNIO	
2026	FEBRERO	27	8AM		

Enf.

Nuestro Compromiso ! la Humanización del Servicio!

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS

NIT 813.010.966-1 Tel 8311607

Código del Prestador 41378003821

La Argentina - Huila



CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

Nombre: Miguel Ángel Ordoñez Ch

Fecha de nacimiento: 13-01-2021

Registro Civil: 1080268177

Teléfono: T: 89

Dirección: La Argentina # 7:30

Barrio o Vereda: B. Porvenir 11:39

Nombre Responsable del Niño: Ord Ramón A Chilito

EPS afiliación: Comf

Sitio de atención: E.S.E JRNP.

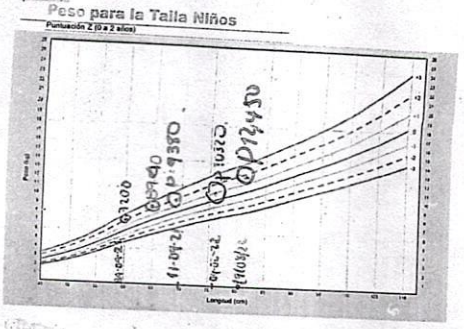
ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS AGENTES DE SE LO RECOMIENDE.

1/80

INTERPRETACION DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

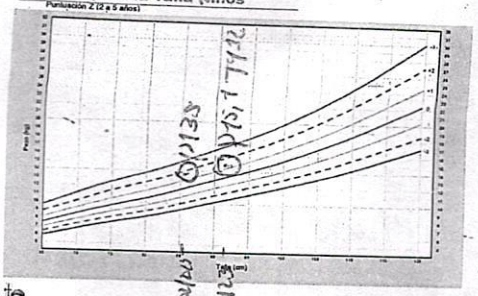
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



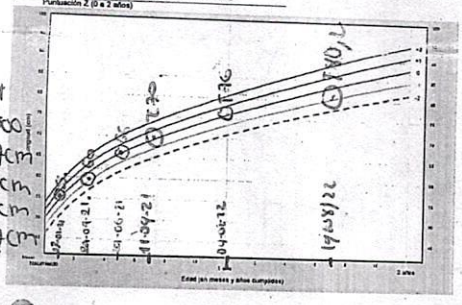
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



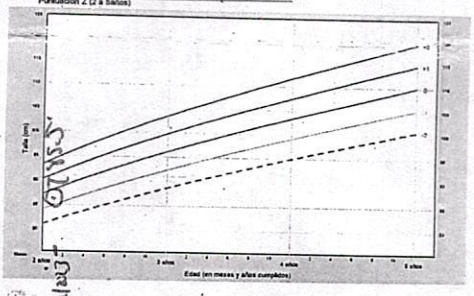
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



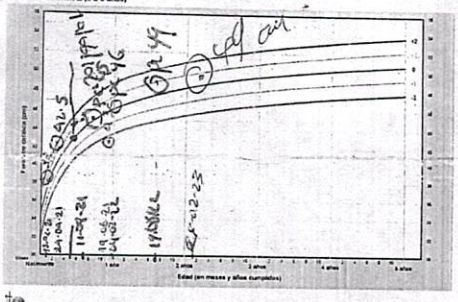
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



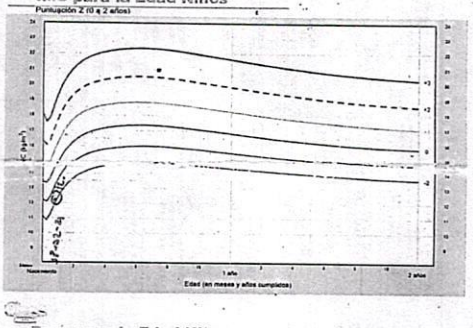
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



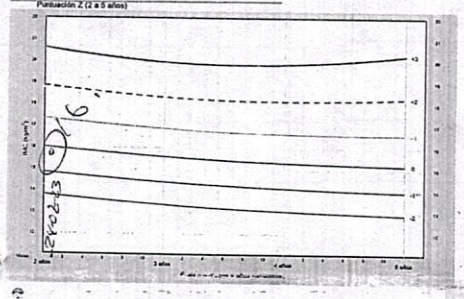
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



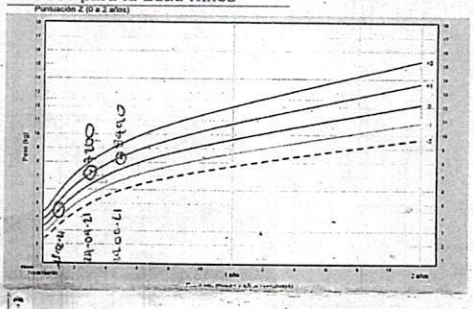
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



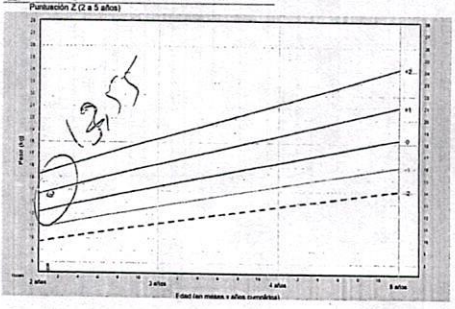
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



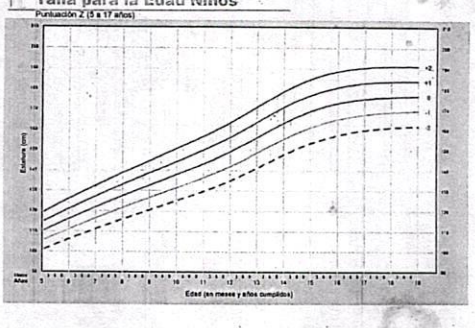
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (5 a 17 años)



DISEÑO E IMPRESIÓN ANDRES PUBLIK SAS TEL 311-215-7663

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer — Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida — Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

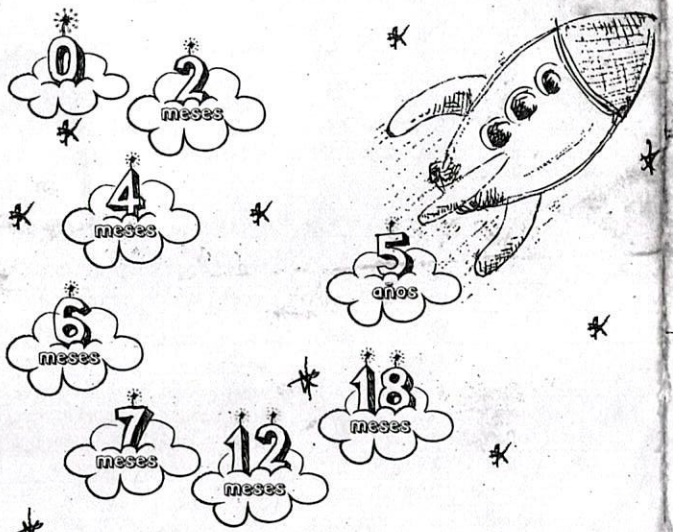
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

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



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI
Porque mi vida hay que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

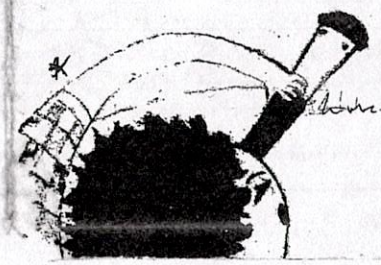
CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Miguel Ordoñez Chinto
Fecha de nacimiento: 13-enero-2021
Nº de certificado de nacido vivo: 1602891441
Registro civil: 1050268177
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3160gr 346 Sem.
Dirección: Resguardo "Casa 360" Campoalegre
Teléfono: 3163657576
Responsable: Margery Antonia Chinto
Municipio de residencia: La Argentina
Departamento: Huila CC 1080763245

Cita. 13-Enero-2026 Sano y edad 5 años

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Miguel Angel Ordoñez Chilito.	**DOCUMENTO:** 1.080.268.177.
CONTROL DE PLACA **FECHA DE ATENCIÓN:** 17 Marzo 2025 **PROXIMO CONTROL:** 17 Septiembre 2025	**TOPICACIÓN DE FLUOR** **FECHA DE ATENCIÓN:** 17 Marzo 2025 **PROXIMO CONTROL:** 17 Septiembre 2026
EXPEDIDO POR: Lina Mayerly Zarate H. Auxiliar en Salud Oral C.C. 1.080.263.132 T.P. # 073	

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 A Margen Chilito, 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): Miguel Angel Ordoñez chilito con RC No 1080268177 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.

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 03 del año 2025, en el Municipio de La Argentina.

Margery Chilito C.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Ludivia Hernández
AGENTE EDUCATIVO

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Argentino Huila

Nombre completo de la niña o niño Miguel Angel Ordoñez Chilito

Fecha de nacimiento 13 07 2021 **N° Documento de Identidad** 1080268177

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Ludivia Hernández Ortíz

Fecha de registro cualitativo 06 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

Miguel Angel es un niño cariñoso se divierte con lo que hace, es un poco egoista y le gusta escoger los compañeros del juego.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Ludivia Hernández Ortíz

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

Identifica rutinas diarias del aula, imita movimientos gestos, sonidos, en juegos y rondas, se interesa por escuchas cuentos y relatos, busca apoyo en el adulto cuando lo necesita.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Ludivia Hernández Ortíz

Fecha de resgistro cualitativo 19 11 2025

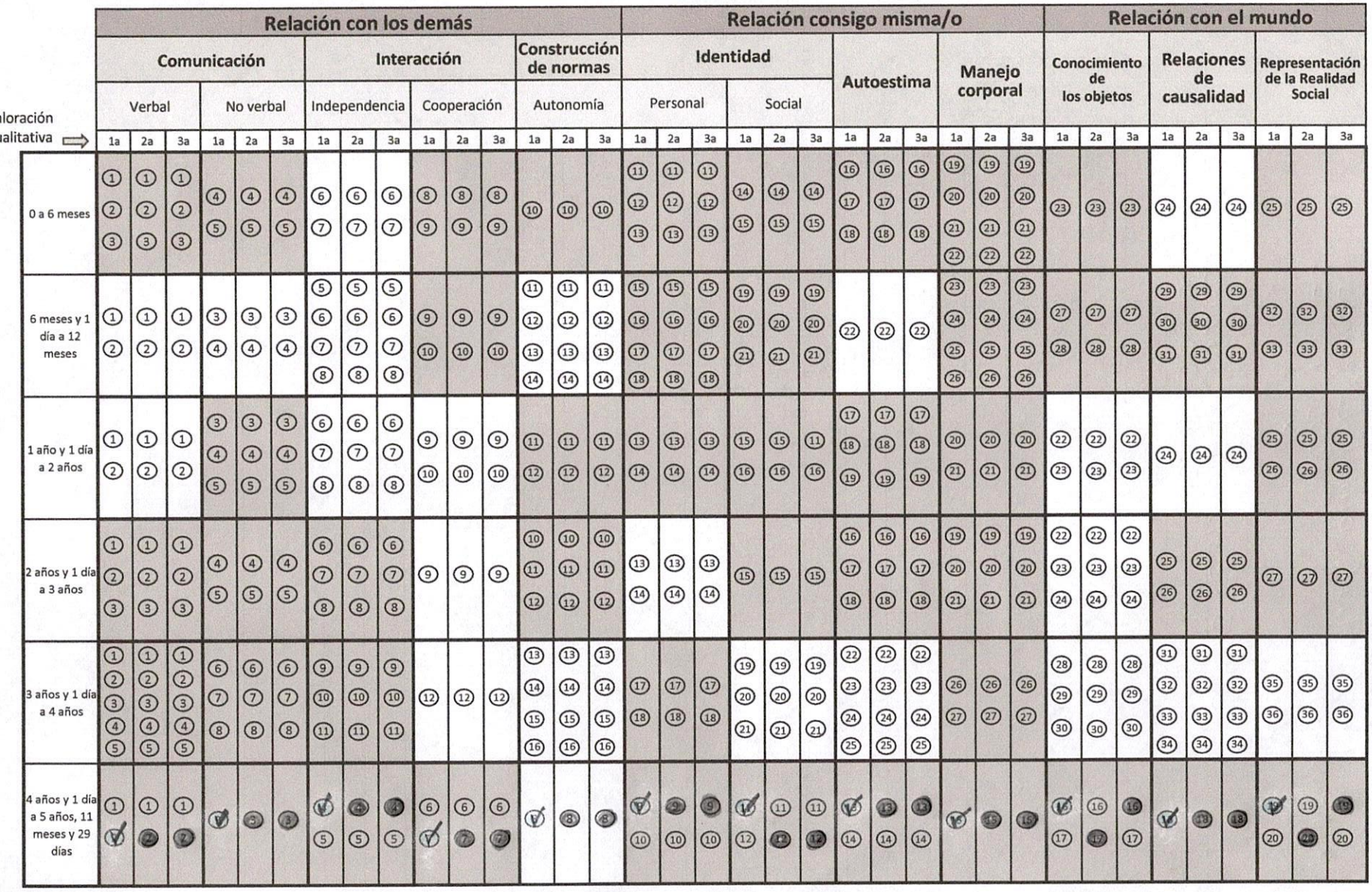
Rango de edad
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

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

Observaciones generales

Escapar de seguir instrucciones sencillas y realizar tareas con secuencia de dos a tres pasos, mostrando atención y comprensión

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



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

(119)

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 Miguel Angel Ordoñez Chilito, identificado (a) con documento de identidad número 1080268177, 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, Margery Antonia Chilito Clavijo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1080263245, 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 corporación huellas de amor para tu vida en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa CDI La Argentina

Suscriben:

Firma: Margery Chilito C.
Nombre: Margery Chilito Clavijo
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3134448022
Fecha: 03-03-2025
Municipio: La Argentina

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

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 Margery Antonia Chilito Clavijo identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1080263245 de La Argentina, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Miguel Ángel Ordoñez Chilito, identificados con NUIP No. 1080268177, usuario de la unidad de servicio CDI La Argentina manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en La Argentina, a los 03 días del mes 03 de 2025

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

Nombre: Margery Chilito C.

Firma: Margery Chilito.C.

CC. No. 1080263245

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Ludivia Hernández Ortiz

Firma: Ludivia Hernández Ortiz

CC. No. 26527777

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* Margery Antonia Chilito *identificada con* C.C *número* 1080263245, *acudiente o responsable del beneficiario* Miguel Angel Ordoñez, *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.*

Margery Chilito
Firma Madre/Padre/Cuidador
C.C 1080263245

Ludivia Hernández
Firma Equipo Agente Educativo
C.C 26527777

Huella niño o niña



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.080.263.245
CHILITO CLAVIJO

APELLIDOS
MARGERY ANTONIA

NOMBRES
Margery Chilito. C

FIRMA



32. años



FECHA DE NACIMIENTO 21-NOV-1992
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

02-DIC-2010 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1904700-00318197-F-1080263245-20110801 0027636053A 1 34818824



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 83.183.744
ORDOÑEZ GASCA
APELLIDOS
DAIRO
NOMBRES
DAIRO ORDOÑES GASCA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-MAR-1985
ACEVEDO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
03-DIC-2003 ACEVEDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
P-1900400-50126811-M-0083183744-20040924 06286 04267B 02 143231631


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:
MIGUEL ANGEL ORDONEZ CHILITO
ID Asegurado:
1080268177
Vigencia Desde:
2025/02/24
Vigencia Hasta:
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

125

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
Electrificadora del Huila S.A. ESP
Nit. 891.180.001 - 1

Sr(a): MUNICIPIO DE LA ARGENTINA
c.c. / Nit: 8917802057
K 4 12 20 T1 AP 104
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780035000
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 3-LIBRETIN 3 DE LA ARGENT

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
903186539
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
85225610

Fecha De Emisión
17/02/2025

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
2 / 2025	14/01/25-13/02/25	$73,080	$73,080	2 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Nivel Tensión: 1-Prop. N 2 Aerea
Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 1-Bajo Bajo
Carga Instalada: 0 W
Zona: OCCIDENTE
Nodo: T19965-GL1P

COSTO UNITARIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

Generación	421.89
Transmisión	58.19
Distribución	231.62
Restricciones	7.45
Pérdidas	97.49
Comercialización	143.89
Costo Unitario	960.53
Tarifa Aplicada	960.5289

Indicadores De Calidad Individual

Cálculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-19317154	HIK	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	1875	1842	1	33

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
0	Deuda Capital	49,503
1	Deuda Interes Capital	279
21	Consumo Periodo	31,697
110	Interes moratorio	247
608	Ajuste Decena	<3>
995	Subsidio	<18,708>

Últimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	1	38	2024	7	192
2024	12	88	2024	6	31
2024	11	102	2024	5	4
2024	10	108	2024	4	5
2024	9	131	2024	3	0
2024	8	70	2024	2	2

Promedio Cuenta	Consumo Año Anterior
89	2

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	33.0	393.5931	$12,989

Indicadores De Calidad Individual Retroactivo

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

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Tasa de Interés 0.00 %

Total cuota Financiación 0

Debido al no pago oportuno de su factura, ELECTROHUILA procederá a la suspensión del servicio de energía eléctrica, una vez quede en firme la presente decisión, contra la cual procederán los recursos de reposición ante la División de PQR, en subsidio el de apelación ante la SuperServicios, el cual debe interponerse "en un mismo escrito, dentro de los cinco (5) dias siguientes a la notificación del presente acto, conforme a lo establecido

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total Electrohuila	$63,015
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$10,065
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$73,080

CUFE 498b4c087c9e52987b8247010dc23331de3b100ebb8c5bb0533475f607d18597259569a7fde518cfcf219f6f26a4688e Numero de Factura Electronica EH-2010094 Numero de factura: 85225610

Fecha de Vencimiento: PAGO INMEDIATO

Suspensión a Partir del: PAGO INMEDIATO

FOES

Kwh $/Kwh Total N. Fact

Último Pago

$59,750
10/12/2024
Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB
Pag: 1429

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Línea de transparencia

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

(415)7707274499679(8020)0903186539(3900)0000073080(96)20250226

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