



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: 25 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:

CD 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 extranjera ☐ Sin documento

Número de
documento:

1080268115

Fecha
nacimiento:

13 11 2020

Nombres: Britany Isabella

Apellidos: Carlosama

¿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: Villa del Cambis

Vereda:

Sector:

Dirección: Calle 7 # 2-19

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

Número de documento:

1007502822

Nombres: Vanessa

Apellidos: Ocampo Rojas

País de
nacimiento: Colombia

Fecha
nacimiento: 08 04 2001

Correo electrónico:

Número de
celular:

3133441656

Número de
fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

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

Vanessa
* Ocampo Rojas

Nombre y Firma del profesional
que diligencia:

Ludiviana H

Observaciones:

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

 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: BRITTANY ISABELLA CARLOSAMA OCAMPO
RC ____ **No:** 1080268115



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROC ESO
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			

 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

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	X		
Fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	X		



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

60366206

NUIP

1.080.268.115

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒

Notaría ☐

Número ☐

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

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

CARLOSAMA

Segundo Apellido

OCAMPO

Nombre(s)

BRITTANY ISABELLA

Fecha de nacimiento

Año

2020

Mes

NOV

Día

13

Sexo (en letras)

FEMENINO

Grupo sanguíneo

O

Factor RH

NEGATIVO

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

COLOMBIA HUILA LA ARGENTINA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

160248980

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

OCAMPO ROJAS VANESSA

Documento de Identificación (Clase y número)

CC 1.007.502.822

Nacionalidad

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

CARLOSAMA MORENO EDINSON DAVID

Documento de Identificación (Clase y número)

CC 1.080.265.149

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CARLOSAMA MORENO EDINSON DAVID

Documento de Identificación (Clase y número)

CC 1.080.265.149

Firma

Edinson David Carlosama Moreno

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

Año

2020

Mes

NOV

Día

13

Nombre y firma del funcionario que autoriza

MANUEL JESUS LATORRE ADARME - REG

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Edinson David Carlosama Moreno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ESTE REPRODUCCION
FOTOGRAFICA ES FIEL COPIA DE
ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS
ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



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	1080268115
NOMBRES	BRITTANY ISABELLA
APELLIDOS	CARLOSAMA OCAMPO
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	01/09/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 06/04/2025 20:00:28 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



Registro válido

Fecha de consulta:

03/06/2025

Ficha:

41378013504200000096

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: BRITTANY ISABELLA

Apellidos: CARLOSAMA OCAMPO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268115

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

20/05/2023

Última actualización ciudadano:

20/05/2023

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 VALDEZ

Dirección:

Calle 6 No 3 - 52

Teléfono:

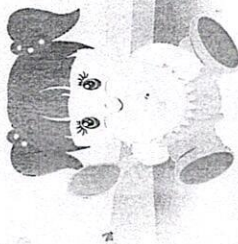
3176617965

Correo Electrónico:

administradorsisben@laargentina-huila.gov.co



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: Bethany Isabella Caldasman
Fecha de nacimiento: 13 MAY 2010
Registro Civil: 108026815
Teléfono: 3145652822
Dirección: El Cambril
Barrio o Vereda: Buzo
Nombre Responsable del Niño: VANESA Ocampo
EPS afiliación: C.O.F. 9
Sitio de atención: E.S.E.

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

259

EDAD	TIPO DE VACUNA	1ra DOSIS	2da DOSIS	3ra DOSIS	A los 12 meses de edad
Riesgo Nacido	Antituberculosa - BCG	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
	Hepatitis B (Recién Nacido)	Cita	Cita	Cita	Cita
A partir de los 2 Meses	Difteria - Tos ferina - Tetanos (DPT)				
	Hepatitis B				
	Vacuna oral de polio - VOP				
	Vacuna contra el neumococo				
A partir de los 4 Meses	PENTAVALENTE - VOP				
	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 Rubéola Paperas (SRP)				
	Fiebre Amarilla (FA)				
	Vacuna contra el neumococo				

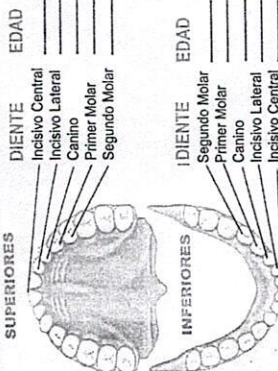
EDAD	1ra DOSIS	2da DOSIS	3ra DOSIS	ADICIONALES
A los 12 meses	Fecha	Fecha	Fecha	
A los 5 años de edad				

ANO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ
2010	DICIEMBRE	14	11:00	SI
2011	FEBRERO	13	11:00	SI
2011	ABRIL	13	11:00	SI
2011	JUNIO	13	11:00	SI
2011	AGOSTO	13	11:00	SI
2011	OCTUBRE	13	11:00	SI
2011	DICIEMBRE	13	11:00	SI
2012	FEBRERO	13	11:00	SI
2012	ABRIL	13	11:00	SI
2012	JUNIO	13	11:00	SI
2012	AGOSTO	13	11:00	SI
2012	OCTUBRE	13	11:00	SI
2012	DICIEMBRE	13	11:00	SI

EDAD	1ra DOSIS	2da DOSIS	3ra DOSIS	ADICIONALES
A los 12 meses	Fecha	Fecha	Fecha	
A los 5 años de edad				

Nuestro Compromiso / la Humanización del Servicio!

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



RECOMENDACIONES

los primeros dientes debe limpiarse con un algodón o una gasa húmeda cuando los dientes temporales estén completos enseñar al niño la forma correcta de cepiarse 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 así se caries los dientes. Evite que el niño se acurque a los enfermos, carameles entre comidas.

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

CUIDADOS GENERALES
Bañe al niño todos los días, lave las manos y los dientes, córtelos las uñas. Póngale zapaletos cuando camine. NO USE TALCOS NI CHUPITOS.

No le de azúcar para jugar. Evite que el niño se acurque a los enfermos. No le de azúcar para jugar. Evite que el niño se acurque a los enfermos.

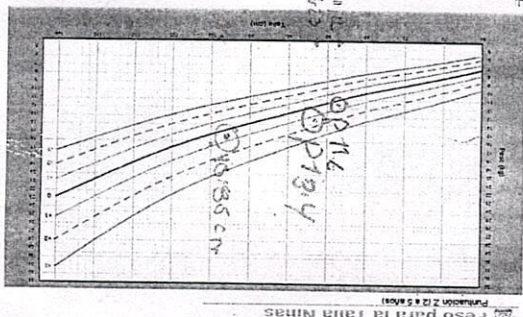
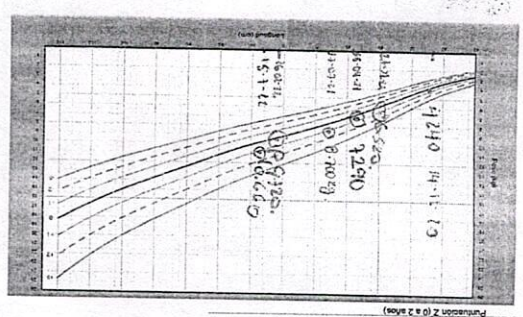
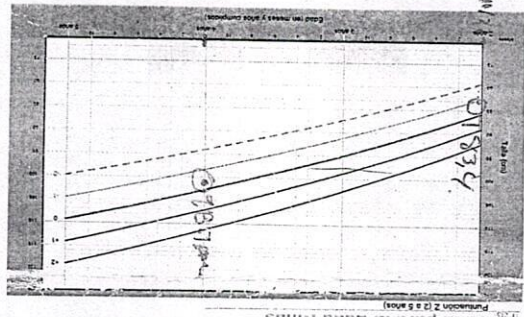
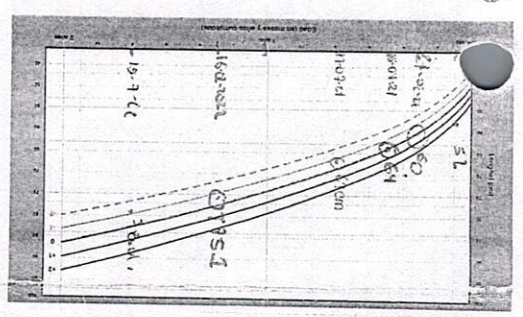
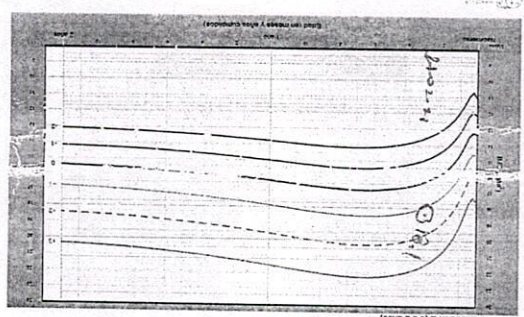
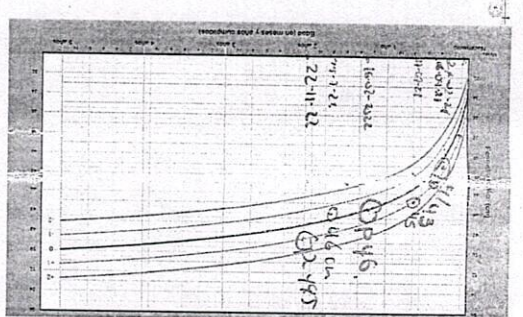
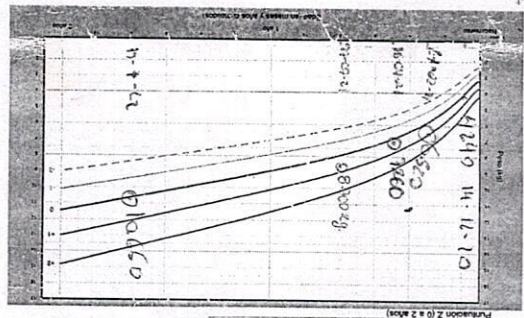
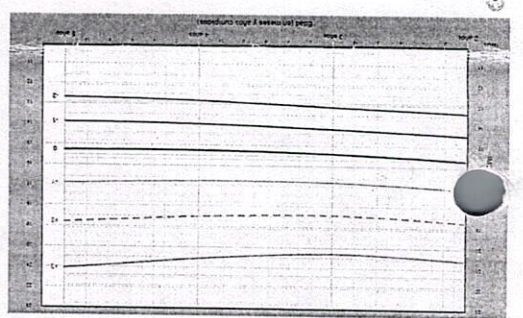
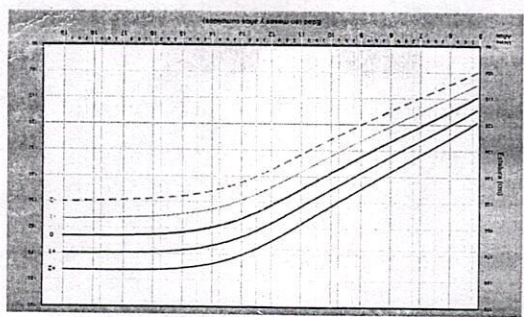
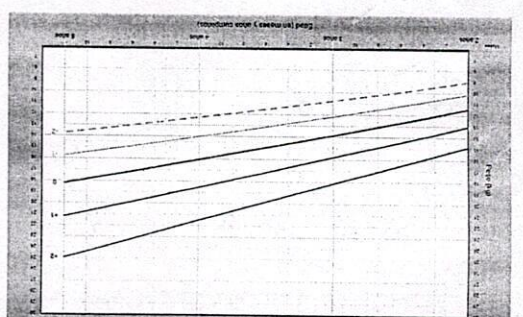
Expresese efecto al niño, aléjelo, abrázelo y acarícelo. Permita que el niño juegue y dedique tiempo para jugar con él. Involúcrelo al niño en las actividades de la familia. Habla con el niño y responda con palabras sencillas. No castigue, engañe, ni asuste al niño para obligarlo a obedecer.

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.

SEÑALES DE PELIGRO QUE REQUIERAN ATENCIÓN 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.
- Le ha salido la sangre por la nariz.
- Le ha salido la sangre por la boca.
- Respira más de 60 veces por minuto.
- Presenta deposiciones diarreicas o líquidas.
- Presenta fiebre mayor a 39° o líquidas.
- Presenta fiebre más de 3 días.

INTERPRETACION DE LA CURVA DE CRECIMIENTO



PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Fecha:

Al momento de nacer

PRIMER CONTROL MÉDICO

Fecha:

Durante el primer mes de vida

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Fecha de cita programada

Fecha en que asistió

Profesional que atendió

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:

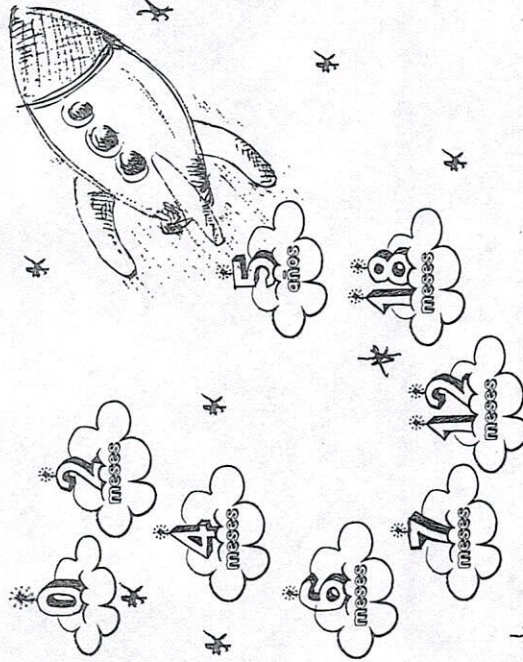
Fecha verificación:

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



de cero
o siempre

Asesoría Integral a la Familia Infantil



MinSalud

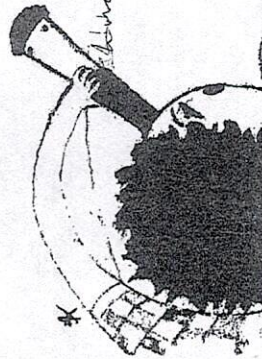
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Bibiana Isabel Contreras
Fecha de nacimiento: 13- Noviembre- 2020
Nº de certificado de nacido vivo: 166249990
Registro civil: 1662068-115
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: A
Peso al nacer: 2860g - 38cm
Dirección: La Primavera Tr. 13 A 2-14
Teléfono: 317 740 7810
Responsable: Vanessa Cecilia Rojas
Municipio de residencia: La Argentina - Conf
Departamento: Holanda - Conf

Cita: VPA Jan 8 2021
Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD
PARA TODOS

Nombre: B. Hongiraballa Callesano

Dampo.

Registro CI

1080268115

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Numero de lote	IPS vacunadora	Fecha proxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recien Nacido	Lactancia materna exclusiva Tuberculosis B.C.G. Hepatitis B	Única Recien nacido SI ☐ No ☐	13-11-20	Serum	0346258	ESTETROL	13-01-21	Andrés Robayo
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Poli (Oral - IM) PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tétano (DPT) Rotavirus Neumococo Lactancia materna exclusiva Poli (Oral - IM)	1° 1° 1° 1° 1° 2°	13-01-2021 13-01-2021 13-01-2021 13-01-2021 13-01-2021 13-03-21	Serum Sera Sera Sera Sera Sera	63290003E 7308910 76500008C 76500008C 76500008C 76500008C	ESTETROL	13-01-21 13-01-21 13-01-21 13-01-21 13-01-21 13-01-21	Andrés Robayo
4 Meses	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tétano (DPT) Rotavirus Neumococo	2° 2° 2°	13-03-21 13-03-21 13-03-21	Sera Sera Sera	76500008C 76500008C 76500008C	ESTETROL	13-01-21 13-01-21 13-01-21	Andrés Robayo
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva. Poli (Oral - IM)	3°	15-03-21	Sera	7308910	ESTETROL	13-01-21	Andrés Robayo
7 Meses	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tétano (DPT) Influenza Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	3° 1° 2° 1°	15-03-21 13-03-21 13-03-21 13-03-21	Sera Sera Sera Sera	76500008C 76500008C 76500008C 76500008C	ESTETROL	13-01-21 13-01-21 13-01-21 13-01-21	Andrés Robayo
12 Meses	Fiebre Amarilla Neumococo Influenza Hepatitis A	Refuerzo Anual ÚNICA	13-03-21 13-03-21 13-03-21	Sera Sera Sera	76500008C 76500008C 76500008C	ESTETROL	13-01-21 13-01-21 13-01-21	Andrés Robayo
18 Meses	Difteria - Tétano (DPT) Poli (Oral - IM)	1° Refuerzo	13-03-21	Sera	76500008C	ESTETROL	13-01-21	Andrés Robayo
5 Años	Difteria - Tétano (DPT) Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	2° Refuerzo	13-03-21	Sera	76500008C	ESTETROL	13-01-21	Andrés Robayo
Niñas 9 Años o más	VPH	1°	13-03-21	Sera	76500008C	ESTETROL	13-01-21	Andrés Robayo
Vacunas complementarias y otras dosis	VPH	2°	13-03-21	Sera	76500008C	ESTETROL	13-01-21	Andrés Robayo

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.



**CONTROL ODONTOLÓGICO DE PROMOCION
Y PREVENCION EN SALUD ORAL**

NOMBRE: <i>Berlanga Isabella Carlosma O.</i>	DOCUMENTO: <i>1080.268.115.</i>
CONTROL DE PLACA	
FECHA DE ATENCIÓN: <i>21 Agosto 2025</i>	PROXIMO CONTROL: <i>21 febrero 2026</i>
<p><i>Lina Mayrly Tasso H.</i>  Auxiliar en Salud Oral C.C. 1.080.263.132 I.R. #073</p> <p>EXPEDIDO POR: _____</p>	

NOMBRE: <i>Berlanga</i>
CONTROL DE PLACA
FECHA DE ATENCIÓN:

2026

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
LA ARGENTINA HUILA
Nit.813.010.966.1**

NOMBRES Y APELLIDOS: BRITTANY ISABELLA CARLOSAMA OCAMPO
R.C: 1080268115
EDAD: 4 AÑOS
SEGURIDAD SOCIAL: NUEVA EPS

CERTIFICADO MEDICO

El presente se expide para efecto de:

paciente menor de 4 años de edad quien se
realiza valoración física la cual certifica que en la
parte auditiva y visual se encuentra dentro de la normalidad

FECHA: 21/02/2025

MEDICO

Nathalie Acando Valdes
Medico General
R.M. 259
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

CONSTRUYENDO JUNTOS SALUD CON CALIDAD Y HUMANIZACION

Calle 7a No. 4-90
Teléfono 8311607
Hospitalargentina@yahoo.es

 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 Vanessa Arango Rojas 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): Brittany Isabella Arango con RC No 1080268115 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 04 del mes 03 del año 2025, en el Municipio de La Argentina

Vanessa Armino Rojas
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Ludmila Hernández Ortiz
AGENTE EDUCATIVO

Evaluación cualitativa ➡	Relación con los demás												Relación consigo mismo/o												Relación con el mundo																							
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social														
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social			1a			2a			3a			1a			2a			3a			1a			2a			3a		
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a												
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3									
0 a 6 meses	1	1	1	4	4	4	6	6	6	8	8	8	10	10	10	11	11	11	14	14	14	19	19	19	23	23	23	24	24	24	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25								
6 meses y 1 día a 12 meses	1	1	1	3	3	3	5	5	5	9	9	9	11	11	11	15	15	15	19	19	19	23	23	23	27	27	27	29	29	29	32	32	32	32	32	32	32	32	32									
1 año y 1 día a 2 años	1	1	1	3	3	3	6	6	6	9	9	9	11	11	11	13	13	13	17	17	17	20	20	20	22	22	22	24	24	24	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25								
2 años y 1 día a 3 años	1	1	1	4	4	4	7	7	7	10	10	10	12	12	12	13	13	13	17	17	17	19	19	19	22	22	22	24	24	24	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26								
3 años y 1 día a 4 años	1	1	1	4	4	4	8	8	8	9	9	9	10	10	10	13	13	13	16	16	16	19	19	19	22	22	22	25	25	25	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27								
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1	1	1	4	4	4	5	5	5	7	7	7	8	8	8	9	9	9	11	11	11	13	13	13	16	16	16	18	18	18	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20								

☐ = Procesos y subprocesos no fundamentales

■ = Procesos y subprocesos fundamentales

Ciudad La Argentina Huila
Nombre completo de la niña o niño Brittany Isabella Carlosama Ocampo
Fecha de nacimiento 13 11 2020 N° Documento de Identidad 1680268115
Sexo Masculino ☐ Femenino ☒ Fecha de 1er día de atención en el año 03 03 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Ludivia Hernández Ortiz
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

Brittany es una niña tierna se le dificulta escuchar ordenes, la mayoría del tiempo quiere pasarse solo jugando.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Ludivia Hernández Ortiz
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

Demuestra autonomía al realizar actividades de autocuidado (lavarse manos, comer solo), Reconoce semejanzas y diferencias, sigue secuencias, Reconoce la importancia de mantener hábitos de higiene. Muestra disposición para colorear y reconocer colores.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Ludivia Hernández Ortiz
Fecha de registro cualitativo 21 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

Expresa sus emociones de manera espontánea, disfruta del juego en el aula, reconoce colores primarios, sigue secuencias y se divierte de lo que hace.

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

	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	F2.P2.CE	15/07/2021
		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 Britany Isabella Pullesma Orcampo, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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, Vanessa Orcampo Rojas, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1007502822, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	☒	Audios	☒	Videos	☒	Otros datos personales	☒
--------------	-------	-------------------------------------	--------	-------------------------------------	--------	-------------------------------------	------------------------	-------------------------------------

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por Corhuellas, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa CDE La Argentina

Suscriben:

Firma: Vanessa Orcampo L
Nombre: Vanessa Orcampo Rojas
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: +3133441656
Fecha: 04-03-2025
Municipio: La Argentina Huila

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

 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 Vanessa Ocampo Rojas, identificado con Cédula de
Ciudadanía No. 1007302822 de la Argentina,
padre / madre o acudiente de la /el/los
niño(s) Brittany, Isabella, Carlisama, identificados con NUIP No.
1080268115, 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 04 días del mes 03 de
2025

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

Nombre: Vanessa Ocampo Rojas

Firma: Vanessa Ocampo R

CC. No. 1007302822

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Ludivia Hernández Ortiz

Firma: Ludivia Hernández Ortiz

CC. No. 26527777

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

Fecha 27/03/2025 Por medio de la presente acta Yo Edinson David Carlosamo.
identificada con C.C. número 1080265149, acudiente o responsable del beneficiario
Brittany Isabela Carlosamo 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.

Edinson David Carlosamo
Firma Madre/Padre/Cuidador
C.C. 1080265149

Ludivia Hernández
Firma Equipo Agente Educativo
C.C. 26527777

Huella niño o niña



260

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.502.822
OCAMPO ROJAS

APELLIDOS
VANESSA

NOMBRES
Vanessa Ocampo &

FIRMA



24 años



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-ABR-2001
PITALITO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.45
ESTATURA

O-
G.S. RH

F
SEXO

25-ABR-2019 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1904700-01234716-F-1007502822-20210525 0074451908A 1 9915477771

MINISTERIO DEL ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.080.265.149**

CARLOSAMA MORENO

APELLIDOS

EDINSON DAVID

NOMBRES

Edinson David Carlosama M...

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **13-JUN-1996**

LA ARGENTINA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.79 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

04-JUL-2014 LA ARGENTINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



INDICE DERECHO

P-1904700-00618329-M-1080265149-20140903 0039847080A 1 41053223

Sr(a) : GARZON PINO JOSE REINEL

c.c. / Nit: 206011

CL 13 # 2-19 LA ARGENTINA

Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780044710

Dirección Postal:

Ciclo: 71 Sector: 4-LIBRETIN 4 DE LA ARGENT

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
295624114
PARA CUALQUIER CONSULTA
Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
84845596

Fecha De Emisión
16/01/2025

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
1 / 2025	14/12/24-14/01/25	\$5,380	\$5,380	0 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial Nivel Tensión: 1-Secundaria Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 2-Bajo Carga Instalada: 1000 W
Zona: OCCIDENTE Nodo: T12994-GL1P

COSTO UNITARIO DE

PRESTACIÓN DE SERVICIO	
Generación	419.14
Transmisión	55.37
Distribución	263.15
Restricciones	3.47
Pérdidas	96.01
Comercialización	145.39
Costo Unitario	982.52
Tarifa Aplicada	982.5245

Cálculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-15564351	ISK	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	9336	9327	1	9

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	8,843
607	Ajuste Decena	3
995	Subsidio	<4,208>

Últimos Consumos

Año	Mes	Consumo
2024	12	9
2024	11	11
2024	10	6
2024	9	15
2024	8	30
2024	7	36

Promedio Cuenta

17

Consumo Año Anterior

45

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	9.0	514.977	\$4.635

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	\$4,638
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	\$742
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	\$5,380

CUFE

3837f78001e297c2fbf763b04dcc32bcc1c9d322848aa4af45085738b2b925c2dbb1635e5b0eca89a93cda45d9a54b0c

FOES

Kwh\$/Kwh Total N. Fact

Último Pago

\$5,380

23/12/2024

Emitida Por:
YULIETH.CEBALLESB

Pag: 2135

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento:

27/01/2025

Suspensión a Partir del:

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 escaneando el Código QR.



(415)7707274499679(8020)0295624114(3900)000005380(96)20250127

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES
**PROTEGEMOS
tus PASOS**



Línea de Atención:

#899 Bogotá: 327 4712 / 327 4713
desde celular: Nacional 01 8000 111 935



N° Póliza:

2000514572

Tomador:

CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado:

BRITTANYISABELLA CARLOSAMA OCCAMPO

ID Asegurado:
1080268115

Vigencia Desde:
2025/02/24

Vigencia Hasta:
2026/02/24

Muerte
Accidental

\$5.000.000,00

Costos
Médicos

\$4.000.000,00

COBERTURAS:

- Muerte Accidental
- Costos Médicos

En caso de accidente o para consultar términos y condiciones, comuníquese a nuestras líneas de atención

#899 BOGOTÁ
desde celular: 3274712 / 3274713

NACIONAL
01 8000 111 935

