

	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: 26 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: <u>CDI La Argentina</u>
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: <u>1080268144</u>	Fecha nacimiento: <u>19 12 2025</u>
Nacionalidad: _____	Nombres: <u>Reimer Julian</u>	Apellidos: <u>Rincon Gómez</u>
¿Es discapacitado? ☐ Si ☒ No	¿Se reconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ☐ Si ☒ No	¿Se reconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ☐ Si ☒ No
Indique cuales aplican: ☐ Física ☐ Visual ☐ Auditiva ☐ Intelectual ☐ Psicosocial (mental) ☐ Múltiple ☐ Sordociega ☐ N/A	Seleccione la que aplique: ☐ Afrocolombiano ☐ Indígena ☐ No se reconoce ☐ 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: <u>Huila</u>	Municipio de residencia: <u>La Argentina</u>	Zona: _____	Barrio: <u>La Pedregosa</u>	Vereda: _____
Sector: _____	Dirección: <u>La Pedregosa</u>			

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: <u>1004153592</u>	
Nombres: <u>Maidy Shuleth</u>	Apellidos: <u>Gomez</u>	Pais de nacimiento: <u>Colombia</u>	Fecha nacimiento: <u>08 10 2000</u>
Correo electrónico: _____	Número de celular: _____	Número de hijo: _____	

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema? ☒ Si https://prematricula.icbf.gov.co ☐ No	Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: <u>Julian Rincon</u>	Nombre y Firma del profesional que diligencia: <u>Ludovica H</u>
Observaciones: _____		

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

 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 ARGENTINA

PARTICIPANTE: KEINER JULIAN RINCON GOMEZ

RC ____ **No:** 1080268144



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIA DE ACTUALIZACIÓN 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			

 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 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			



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.080.268.144

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo 60366239
Serial

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 - HUILLA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido RINCON Segundo Apellido GOMEZ
Nombre(s) KEINER JULIAN
Fecha de nacimiento Año 2020 Mes DIC Día 19 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo 0 Factor RH POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA HUILLA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo 160280885

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el primer apellido de la madre o el primer apellido del padre)
Apellidos y nombres completos GOMEZ MAJDI JHULIETH

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.004.153.592
Nacionalidad COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el primer apellido de la madre o el primer apellido del padre)
Apellidos y nombres completos RINCON JIMENEZ JOSE JULIAN

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.004.154.259
Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos RINCON JIMENEZ JOSE JULIAN

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.004.154.259
Firma Julian Rincon

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 DIC Día 21

Nombre y firma del funcionario que autoriza MANUEL JESUS LATORRE ADARME - REG

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

Firma Julian Rincon



ESPACIO PARA NOTAS



ESTA REPRODUCCIÓN NO ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA

22 DIC 2020
Manuel Jesus Latorre
REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

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	1080268144
NOMBRES	KEINER JULIAN
APELLIDOS	RINCON GOMEZ
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	01/08/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	06/04/2025 20:10:58	Estación de origen:	192.168.70.220
----------------------------	------------------------	----------------------------	----------------

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

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



Registro válido

Fecha de consulta:

03/06/2025

Ficha:

41378065503400000001

A3**Pobreza extrema****DATOS PERSONALES****Nombres:** KEINER JULIAN**Apellidos:** RINCON GOMEZ**Tipo de documento:** Registro civil**Número de documento:** 1080268144**Municipio:** La Argentina**Departamento:** Huila**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA****Encuesta vigente:**

20/10/2020

Última actualización ciudadano:

22/12/2020

Última actualización vía registros administrativos:

25/11/2023

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisben 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**

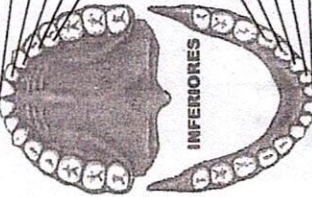
Incisivo Central

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 deben limpiarse con un algodón o una gasa húmeda cuando los dientes temporales están 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 odontólogo debe hacerse antes del primer año.

CUIDADOS GENERALES

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

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

Expreso afecto al niño, diálogo, acariciarlo y acariciarlo. Permita que el niño juegue y dedique tiempo para jugar con él. Involúcrelo en las actividades de la familia. Hable con el niño y responda con amor a sus preguntas de comunicación y llene la atención. Permita que el niño se mueva libremente. No castigue, engañe, ni secuestre al niño para obligarlo a obedecer.

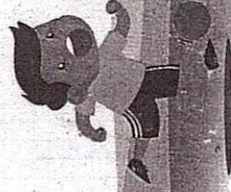
Explíquelo al niño las cosas que no debe hacer. No seja que el niño realice tareas que no puede hacer por su edad. Sea siempre sincero con él.

¡MAMA 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.
- He tenido convulsiones o ataques.
- Esta febril (Muy Dormido) o inconsciente (sin sentido).
- Le 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 días.



E.S.E. JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
NIT 813.041.966-1 Tel 8311607
Código del Prestador 41378003821
La Argentina - Huila



CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

Nombre: Kenny Julian Pincón G
Fecha de nacimiento: 19-Dic-2020
Registro Civil: 1080268144
Teléfono: 3108339095
Dirección:
Barrio o Vereda: Las Aguilas
Nombre Responsable del Niño: Mandy Julieth Gomez
EPS afiliación:
Sitio de atención:

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

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

Al año de las terceras dosis	ADICIONALES	A los 5 Meses de edad		ADICIONALES	
		Fecha	Cita	Fecha	Cita
	Difteria - tos ferina - tetanos (DPT)				
	Vacuna oral de polio - VOP				
	Difteria - tos ferina - tetanos (DPT)				
	Vacuna oral de polio - VOP				
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)				

CITAS PROGRAMADAS					
AÑO	MES	DÍA	HORA	CUMPLÍO	SI NO
2024	Mayo	14	7:00	X	
2025	Mayo	22	7:00	X	
2026	Mayo	15	7:00		

REHIDRATACIÓN ORAL SUERO ORAL

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



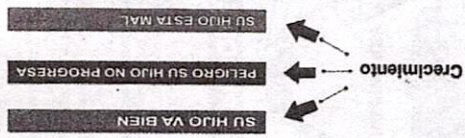
Si el niño NO ESTÁ DESHIDRATADO debe con oxitartila y vasos dos onzas como máximo, después de cada deposición.

salud, ala Unidad de Rehabilitación Oral UROOS más cercana, o al Hospital.

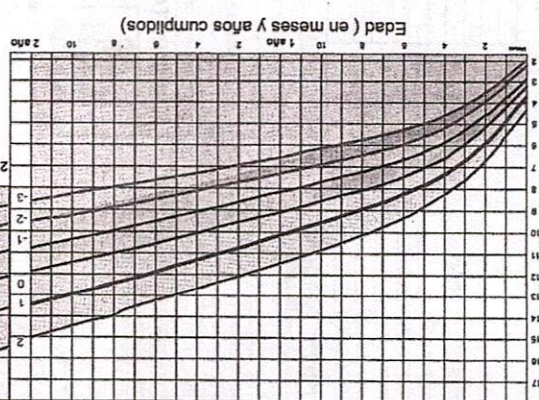
AL MES	EDAD	EDAD
Al mes 1	Al mes 1	Al mes 1
Al mes 2	Al mes 2	Al mes 2
Al mes 3	Al mes 3	Al mes 3
Al mes 4	Al mes 4	Al mes 4
Al mes 5	Al mes 5	Al mes 5
Al mes 6	Al mes 6	Al mes 6
Al mes 7	Al mes 7	Al mes 7
Al mes 8	Al mes 8	Al mes 8
Al mes 9	Al mes 9	Al mes 9
Al mes 10	Al mes 10	Al mes 10
Al mes 11	Al mes 11	Al mes 11
Al mes 12	Al mes 12	Al mes 12

Atención con Calidad Humana

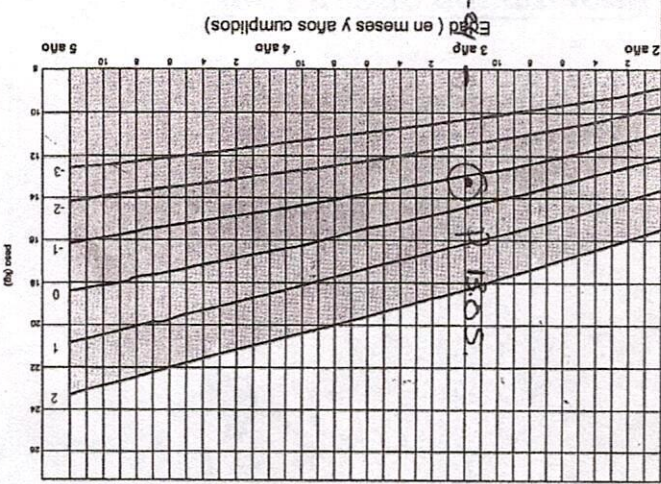
INTERPRETACIÓN DE LA CURVA DE CRECIMIENTO



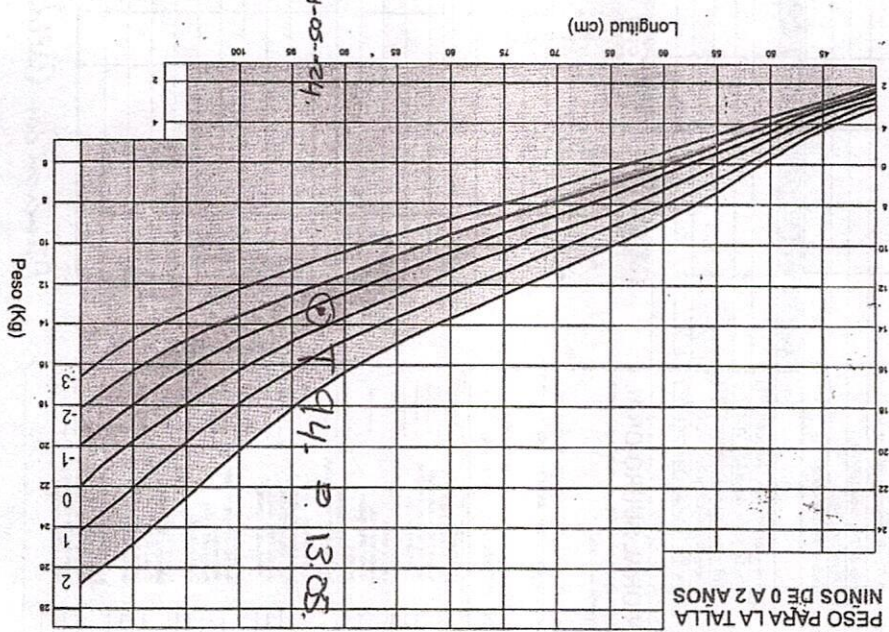
PESO PARA LA EDAD
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS



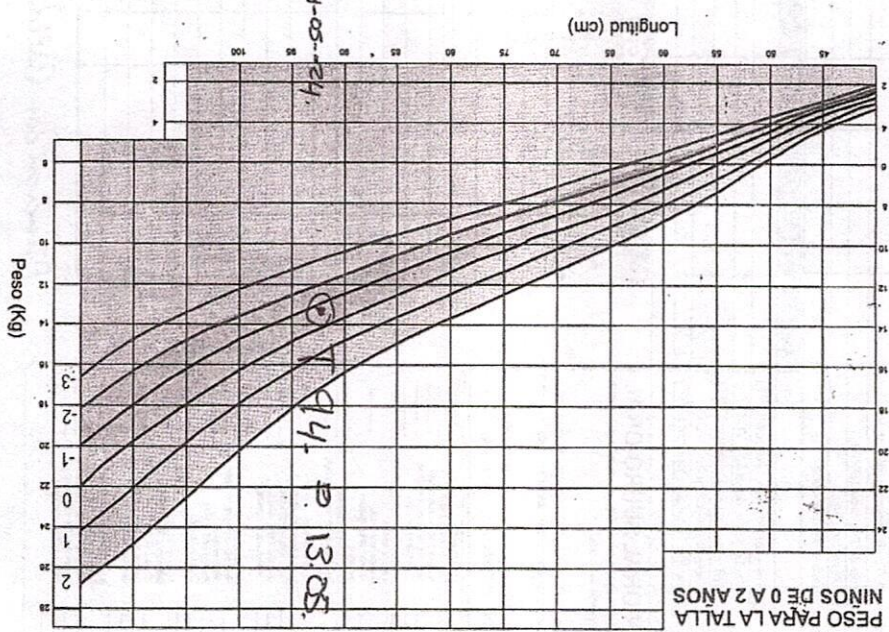
Peso para la Edad
Niños de 2 a 5 años



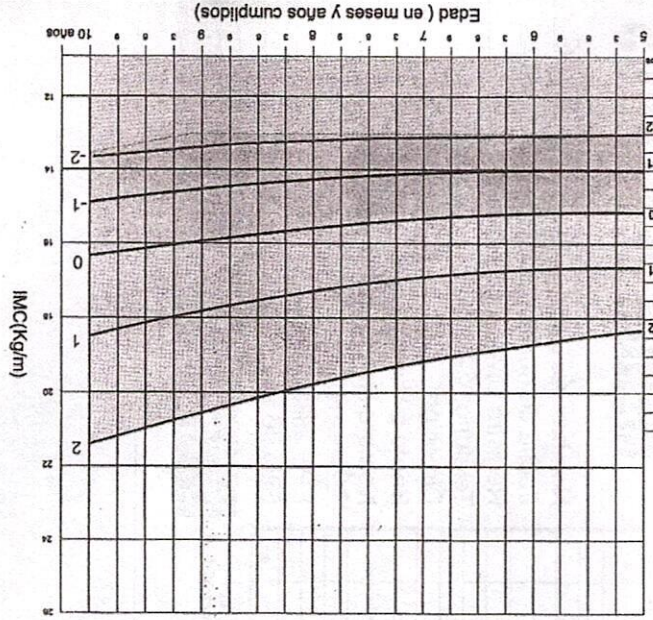
PESO PARA LA TALLA
NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS



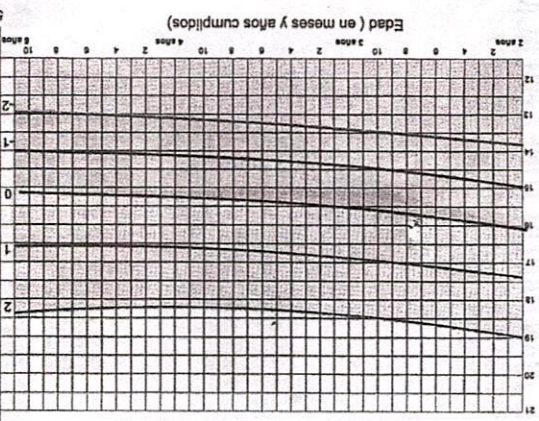
PESO PARA LA TALLA
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS



INDICE DE MASA CORPORAL
NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS



INDICE DE MASA CORPORAL
NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS



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.

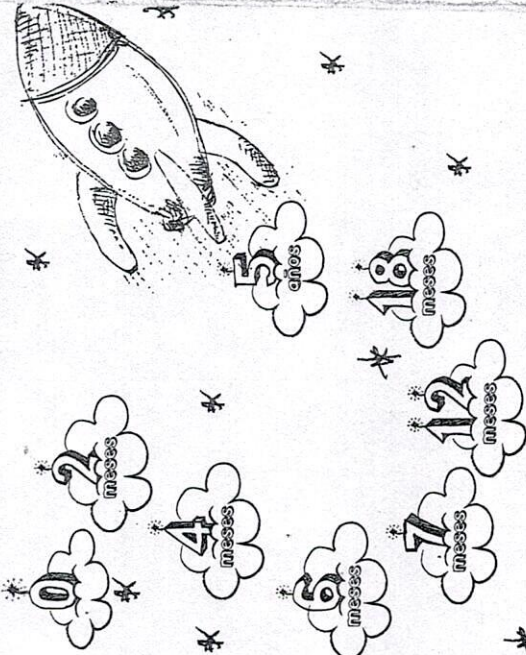
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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
de siempre

ALIANZA MUNDIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD



MinSalud

Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Kenny Julian RIVERA GOMEZ
Fecha de nacimiento: 19-01-20
Nº de certificado de nacido vivo: 160780985
Registro civil: 1080268144
Sexo: MAQUILINO
Grupo sanguíneo: Sistema EL ALLELO
Peso al nacer: 3150 gramos - 38 sem
Dirección: Vdo los Aquilones
Teléfono: 3222300290 - Corantem
Responsable: Maidy Gomez
Municipio de residencia: Hoja 55
Departamento: HOJA 55
Cita: 19-Diciembre/25

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

153



CONTROL ODONTOLÓGICO DE PROMOCION

Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

NOMBRE:	Reiner Julian Rincón Gomez.	DOCUMENTO:	1.080.268.14d.
CONTROL DE PLACA			
FECHA DE ATENCIÓN:	12 junio 2025.	PROXIMO CONTROL:	12 febrero 2026
		Lina Mayrally Lasso H.	
		Auxiliar en Salud Oral C.O. 1.000.263.132 I.P. #073	
EXPEDIDO POR:			



MC CONSULTORIO
Dra. Mery Cristina Triviño Mejía
Médica General
R.M. 1310.07

CERTIFICADO MÉDICO VISUAL

NOMBRES Y APELLIDOS: KEINER JULIAN RINCÓN GÓMEZ

IDENTIFICACIÓN: R.C. 1.080.268.144 EDAD: 4 AÑOS

Síntomas oculares o visuales?: No refiere síntomas

Exploración física: se observa cejas delgadas sin alteraciones. Pestañas largas y dispuestas hacia afuera. Párpados simétricos para el globo ocular, borde palpabral sin signos procesos inflamatorios, glándulas de Meibomio normales. Conjuntivas de color rosadas e hidratadas, sin hiperemia; esclera sin alteraciones; ojos simétricos y sin protrusión o depresión de globos oculares. Iris de color café y pupilas isocóricas. Reflejos oculomotor normal; reflejo fotomotor, presente y reflejo consensual sin ninguna anormalidad. El examen de los movimientos oculares, sin alteraciones.

Agudeza visual: Visión cercana y lejana, sin alteración en el momento del examen

CONCLUSIÓN: Sin déficit visual al momento del examen

Fecha de expedición: Jueves, 20 de Febrero de 2025

Médico que certifica

Mery Cristina Triviño M.
MD. GENERAL
1310-117

[Handwritten Signature]

Mery Cristina Triviño Mejía
R.M. 1310-07



MC CONSULTORIO
Dra. Mery Cristina Triviño Mejía
Médica General
R.M. 1310.07

CERTIFICADO MÉDICO AUDITIVO

NOMBRES Y APELLIDOS: KEINER JULIAN RINCÓN GÓMEZ
IDENTIFICACIÓN: R.C. 1.080.268.144 EDAD: 4 AÑOS

Síntomas auditivos?: No refiere

Exploración física: se observan pabellón auricular derecho e izquierdo de tamaño y posición usual. No se observan fístulas ni apéndices. Trago sin dolor a la palpación. Helix sin protuberancias. Antihelix, concha y lóbulos normales. Palpación de la prominencia mastoidea no dolorosa. Conducto auditivo externo derecho e izquierdo sin secreciones, con visualización de membrana timpánica normal, con presencia cerumen escaso bilateral.

CONCLUSIÓN: Menor sin signos clínicos de disminución o pérdida auditiva, al momento del examen.

Fecha de expedición: Jueves, 20 de Febrero de 2025

Médico que certifica

Mery Cristina Triviño M.
MD. GENERAL
1310-17

Mery Cristina Triviño Mejía
R.M. 1310-07

(57)

 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 Julian Rincon, 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): Keiner Julian Rincon Gomez con RC No 1080268144. 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.

Julian Rincon
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Ludivia Hernández
AGENTE EDUCATIVO

Ciudad La Argentina Huila
Nombre completo de la niña o niño Keiner Julián Rincón Gómez
Fecha de nacimiento 19 12 2020 N° Documento de Identidad 1080268144
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 05 06 2025
Rango de edad ☐ 0 a 6 meses ☐ 6 meses y 1 día a 12 meses ☐ 1 año y 1 día a 2 años ☐ 2 años y 1 día a 3 años ☐ 3 años y 1 día a 4 años ☐ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ☒
Color de registro ☒ **Perfil de desarrollo**
valoración cualitativa ☐ Alerta ☒ Esperado ☐ Avanzado

Observaciones generales

Keiner es un niño tierno y cariñoso se le dificulta hablar claro y expresar lo que siente.

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 ☒ **Perfil de desarrollo**
valoración cualitativa ☐ Alerta ☒ Esperado ☐ Avanzado

Observaciones generales

Disfruta participar en juegos cooperativos, reconoce colores, formas, tamaños, demuestra curiosidad, lo observa y expresa de diferentes formas, los objetos, maneja con cuidado los materiales del aula.

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 ☒ **Perfil de desarrollo**
valoración cualitativa ☐ Alerta ☒ Esperado ☐ Avanzado

Observaciones generales

Escapa de seguir instrucciones sencillas y realizar tareas con secuencias de 2 o 3 pasos, mostrando atención y comprensión disfruta de lo que hace y se divierte.

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

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						
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	16	16	16	19	19	19	23	23	23	24	24	24	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	22	22	22	23	23	23	27	27	27	29	29	30	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	15	15	15	17	17	17	20	20	20	22	22	22	24	24	24	26	26	26			
2 años y 1 día a 3 años	1	1	1	4	4	4	6	6	6	9	9	9	10	10	10	13	13	13	15	15	15	17	17	17	19	19	19	22	22	22	24	24	25	25	25	27			
3 años y 1 día a 4 años	1	1	1	6	6	6	9	9	9	12	12	12	14	14	14	17	17	17	19	19	19	22	22	22	26	26	26	28	28	28	31	31	32	35	35	35			
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	9	9	9	10	10	10	12	12	12	14	14	14	16	16	16	17	17	17	19	19	20	20	20	26			

= Procesos y subprocesos no fundamentales

= Procesos y subprocesos fundamentales



Valoración Cualitativa

	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 Mardy Jhulietth Gómez, identificado (a) con documento de identidad número 1004153592, 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, Jose Julian Rincon, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004154259, 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 Corbuellas, 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: x Mardy Jhulietth Gómez
 Nombre: Mardy Jhulietth Gómez
 Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
 Teléfono de contacto: x 310 339 0954
 Fecha: 03-03-2025
 Municipio: _____

¡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.

1162

	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 Jose Julian Rincon, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1004154259 de La Argentina, padre / madre ☒ o acudiente de la / el/los niño(s) Keiner Julian Rincon Gomez, identificados con NUIP No. 1080268144, 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: Jose Julian Rincon

Firma: Julian Rincon

CC. No. 1004754259

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 Maidy Julieth Gomez
identificada con C.C número 1004153592, acudiente o responsable del beneficiario
Kemper Julian Rincon, 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.

Maidy Julieth Gomez
SA/PC/HAVE2 1004153592

Firma Madre/Padre/Cuidador

C.C 83241747

Ludivia Hernandez

Firma Equipo Agente Educativo

C.C 26527777

Huella niño o niña



16a

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.081.407.823

RINCON JIMENEZ

APELLIDOS

YULIET FERNANDA

NOMBRES

Yuliet

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-MAY-2009

LA PLATA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

07-MAY-2027

FECHA DE VENCIMIENTO

02-NOV-2016 LA ARGENTINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+

G S RH

F

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1904700-00873913-F-1081407823-20161228

0052860064A 1

47094668

 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

La Argentina Huila 17 / 06 / 2025

Señores
CDI La Argentina

ASUNTO: AUTORIZACION PARA LA ENTREGA Y RECOGIDA DE MI HIJO

Cordial saludo,

yo, Maidu Julieth Gómez como madre de familia, identificada con la
cédula de ciudadanía número 1004153592 y
José Julian Rincón como padre de familia, identificado con la cédula de
ciudadanía número 1004154259; **AUTORIZO** a las siguientes personas:

Julieth Fernanda Rincón c.c. 1081407823,
Saur Chávez, c.c. 83241747
C.c. _____

Para que entreguen y recojan a mi hijo (a) Keiner Julian Rincón Gómez de la
profesora Judivica Hernández Ortiz.

Se entrega copia de las cédulas relacionadas anteriormente.

En constancia firma.

Maidu Julieth Gómez
1004153592.

166

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.004.153.592**

GOMEZ

APELLIDOS
MAIDY JHULIETH

NOMBRES
Maidy Jhuleth Gomez

FIRMA



24 años



FECHA DE NACIMIENTO **08-OCT-2000**

LA ARGENTINA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 B+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

02-NOV-2018 LA ARGENTINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1904700-01057865-F-1004153592-20190125 0064312882A 2 51773840

ESTADO CIVIL

Tel: 310 339 0954
313 300 2467.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.004.154.259

RINCON JIMENEZ

APELLIDOS

JOSE JULIAN

NOMBRES

JOSE Julian Rinc

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-OCT-2000

LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA A+ G.S. RH M SEXO

02-NOV-2018 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1904700-01062234-M-1004154259-20190215 0064502391A 1 51773842

SECRETARÍA DEL ESTADO CIVIL



AUTORETENEDORES DE RENTA RESOL. No 547/2002
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART. 4
RESOL. 000055 DEL 14/07/16 DIAN BOMBAS GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 08/01/99 SECRETARÍA DE HACIENDA DE NEIVA
FACTURA DE VENTA No. 84684982

SU CODIGO CUENTA N.

428047547

Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohuila.com.co FT -CFE -05 -001



TOTAL A PAGAR

\$ 3.900

Documento equivalente según
artículo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO PAGO INMEDIATO

FECHAS DE 09/NOV/2024
LECTURAS 07/ENE/2025
FECHA SUSPENSIÓN 29/ENE/2025

INFORMACION CLIENTE

Cliente RAMOS MOELA MARIA LUDY Nit CC 96383227
Dirección VDA LA PEDREGOZA Ruta 6920550263
Municipio LA ARGENTINA Ciclo 070
Clase Servicio Residencial Estrato 1

INFORMACION TECNICA

Nivel Tension 1 SECUNDARIA Circuito 6500152
Carga Contratada 29 Nombre
Grupo 4 Atrasos 4

INFORMACION CONSUMO

Contador Marca T.E T.M Obs Lec.Actual Lec.Ante. Factor Consumo (kwh)
60275792 CHI A S 00 12231 12222 1 9

Promedio Cuenta 58

Consumo Año Anterior 92

Consumo Anterior 92

ULTIMOS CONSUMOS

CALIDAD DEL SERVICIO

Mes Consumo		FIU:	DIU:	HC:
DIC	9	EC:	VC:	VCD:
OCT	0	VCF:	CEC:	
AGO	75	Valor Compensar		
JUN	101	ULTIMO PAGO		
ABR	102	Fecha	06/09/2024	
FEB	147	Valor \$	69320	
DIC	92			

LIQUIDACION/CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa(\$/kwh)	Valor Total(\$)	Consumo(kwh)	Tarifa(\$/kwh)	Valor Total(\$)
4.5	982.574 =	4422			
4.5	982.5245 =	4421			

Valor Total Energía del Periodo \$ 8.843
Valor (Subsidio/Contribución %) \$ - 5.133
Valor Total Energía Facturado \$ 3.710

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR ALB	OTROS CARGOS	
CONSUMO PERIODO	\$ 8.843	ALUMBRADO P	\$ 186
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	\$ 186	VALOR ELECTROHUILA	\$ 3.714
AJUSTE DECENA	\$ 4		
SUBSIDIO	\$ - 5.133		



TOTAL A PAGAR

\$ 3.900

ELECTRODOMESTICOS

FINANCIACIONES

COMENTARIO	C PEND	TOTAL COM	BAIDO	FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	BAIDO	FIN CUOTA
------------	--------	-----------	-------	--------------	--------	-----------	-------	-----------

FUEB: Consumo kwh C/kwh Valor \$ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACION DEL SERVICIO

Gm: 419.0 Tm: 55.0 PRn,m: 96.0 Dn,m: 263.0 Rm: 3.0 Cv,m: 14
5.0 CUV,n,m: 982.5245 (\$/Kwh)

CREDIVALORES

BALDO CAPITAL INT. CORRIENTE INT. MORA

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES

PROTEGEMOS TUS PASOS



Línea de Atención:

#899

Bogotá: 321 4712 / 321 4713
Nacional: 01 8000 111 935



N° Póliza: 2000514572	
Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS	
Nombre de Asegurado: KEINER JULIAN RINCON COMEZ	
ID Asegurado: 1080268144	Vigencia Desde: 2025/02/24
Vigencia Hasta: 2026/02/24	
Muerte Accidental	Cobertura: \$5.000.000,00
Coberturas: + Muerte Accidental + Gastos Médicos	
En caso de accidente o para consultar términos y condiciones, comunicarse a nuestras líneas de atención:	
#899 BOGOTÁ NACIONAL desde celular 321 4712 / 321 4713 01 8000 111 935	

