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: 26 | 02 | 2025.

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI La Argentina

Tipo documento identidad: (X) 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: 1080268179

Fecha nacimiento: 22 | 01 | 2021

Nombres: Emily Juliana

Apellidos: Avila Montilla

¿Presenta discapacidad? ( ) Si (X) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: La Argentina

Zona: Rural

Barrio:

Vereda: Pescador

Sector:

Dirección:

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (X) Madre ( ) Padre ( ) Cuidador/a

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

Número de documento: 1080260011

Nombres: Maria Margarita

Apellidos: Montilla Gonzalez

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 10 | 08 | 1985

Correo electrónico:

Número de celular: 3102957014

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

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

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: EMILY JULIANA AVILA MONTILLA
RC ___ **No:** 1080268179

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

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	X		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
Formato autorización uso de imágenes	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya novedades	X		
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		

(188)

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.080.268.179

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60366278

60366278

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] 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	Segundo Apellido
AVILA	MONTILLA

Nombre(s)

EMILY JULIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes ENE Día 22	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	162810617

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

MONTILLA GONZALEZ MARIA MARGARITA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.260.011	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

AVILA ROMERO JOSE ORLANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 80.280.386	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

AVILA ROMERO JOSE ORLANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 80.280.386	Jose orlando

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 26	MANUEL JESUS LATORRE ADARME - REG
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

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

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 27718438-9

26 ENE 2021

REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

OFIXPRES

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	1080268179
NOMBRES	EMILY JULIANA
APELLIDOS	AVILA MONTILLA
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	01/09/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	06/04/2025 20:13:30	**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

(130)

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

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

Ficha: **41378016505500000103**

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: EMILY JULIANA

Apellidos: AVILA MONTILLA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268179

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **23/11/2018**

Última actualización ciudadano: **29/01/2021**

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**

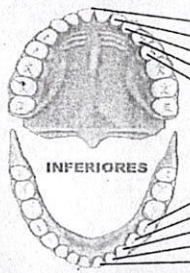
¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

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")



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).
- Le chilla el pecho o respira con dificultad.
- Respira más de 60 veces por minuto.
- Presenta deposiciones diarreicas o liquidas.
- Presenta fiebre alta(mayor a 39° o liquidas.
- Presenta Fiebre más de 3 días.

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
Recièn Nacido	Antituberculosa - BCG								
	Hepatitis B (Recién Nacido)								
A partir de los 2 Meses	PENTAVALENTE	Difteria - Tos ferina - Tetanos (DPT)							
		Haemophilus influenze - TIPO b							
		Hepatitis B							
	Vacuna oral de polio - VOP								
	Vacuna oral de rotavirus								
	Vacuna contra el neumococo								
A partir de los 4 Meses	PENTAVALENTE*								
	Vacuna contra polio - VOP								
	Vacuna oral de rotavirus								
	Vacuna contra el neumococo								
A partir de los 6 Meses	PENTAVALENTE*								
	Vacuna oral de polio - VOP								
De 6 Meses a 23 meses	Vacuna de Influenza (De 6 meses a 23 meses)								
A Los 12 meses	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)								
	Fiebre Amarilla (FA)								
	Vacuna contra el neumococo								

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

REHIDRATACIÓN ORAL SUERO ORAL



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

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

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

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 ruido.		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.	
Balbucea 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 si solo.		Hace rebota y agarra la pelota.	
Agarra objetos con los dedos Pulgar e índice.		Dibuja escalera.	
Dice una palabra clara.		Nombra 4 o 5 colores.	
Imita aplausos.		Organiza Juegos.	
A LOS 12 MESES		**A LOS 72 MESES**	
Se para solo.		Salta desde 60 cms de altura.	
Busca objetos escondidos.		Dibuja casa.	
Entiende orden sencilla.		Conoce días de la semana.	
Bebe en la taza sola.		Comenta vida familiar.	
A LOS 15 MESES		**A LOS 84 MESES**	
Corre.		Salta alterando los pies.	
Pasa hojas de un libro.		Copia una figura de líneas curvas.	
Reconoce seis objetos.		Conoce ayer, hoy y mañana.	
Avisa deseos de ir al baño.		Conoce fechas especiales.	

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2021	02	23	8:00		
2021	Abril	16	8:00	Mal	
2021	Julio	24	8:00	Mal	
2021	Noviembre	12	8:00	Mal	
2022	MAYO	14	9am		
2022	Agosto	26	9am		
2022	Enero	24	8:00		
2023	Septiembre	1	8:00	Ausente	
2024	Mayo	9	8:00		
2024	Febrero	15	8:00		
2025	Febrero	20	8:00	Ausente	
2026	Febrero	13	9am.		

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: EMILY JULIANA AVILA MONTILLA
Fecha de nacimiento: 22-ENERO 2021
Registro Civil: 1080268179
Teléfono: 3102957014
Dirección: LA ARGENTINA
Barrio o Vereda: V/PESCADOR - EL PORVENIR
Nombre Responsable del Niño: JOSE ORIANDO AVILA ROMERO
EPS afiliación: COMFAMILIAR
Sitio de atención: ESE JUAN RAMON N P

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

INTERPRETACION DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

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.

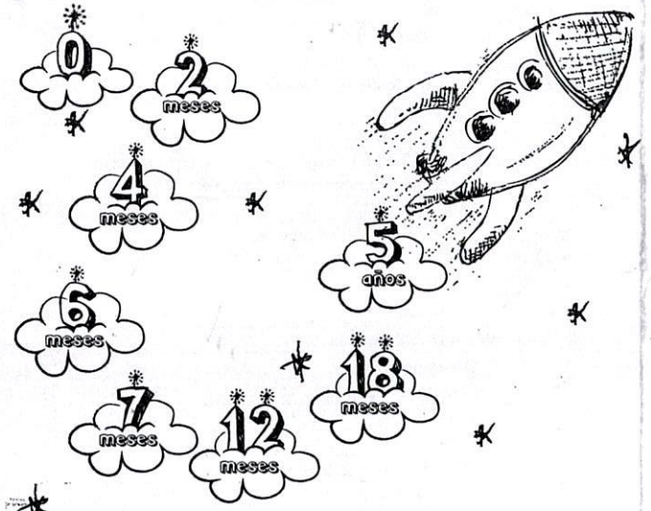
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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

Covid-19. 3 años

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

3205013268. Milena B.

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Emily Juliana Avila Montilla
Fecha de nacimiento: 22-01-21
Nº de certificado de nacido vivo: 162810617
Registro civil: 1080268179
Sexo: femenino
Grupo sanguíneo: A Positivo
Peso al nacer: 3630 Gramos — 41.
Dirección: Vda El Pescador — La Paz
Teléfono: 3102957014
Responsable: Mª Margarita Montilla
Municipio de residencia: La Argentina
Departamento: Huila Uconpe

Nac 24-Enero-2026
5 años

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: Emi Juliana Avila Montilla **Registro Civil:** 1080268179

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva Sí☒ No☐											
	Tuberculosis B.C.G.	Única	22	01	21	Serum	03796215	HDSP				Dr. Pi Vega
	Hepatitis B	Recién nacido	22	01	21	Serum	03204013P	HDSP	22	03	21	Jefe Vacu
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐											
	Polio (Oral - IM)	1ª	23	3	21	Sanofi Pasteur	T3088J1V	E.S.E JRNP	22	5	21	Cristian Vargas
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	23	3	21	Serum	2850X008C	E.S.E JRNP	22	5	21	Cristian Vargas
	Rotavirus	1ª	23	3	21	GlaxoSmith	ARALA634A	E.S.E JRNP	22	5	21	Cristian Vargas
	Neumococo	1ª	23	3	21	ASPNB288AA	GlaxoSmith	E.S.E JRNP	22	5	21	Cristian Vargas
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐											
	Polio (Oral - IM)	2ª	25	05	21	Sanofi Pasteur	T3D89LV	E.S.E Juan RMP	24	07	21	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	25	05	21	Serum	2850P01E0	E.S.E Juan RMP	24	07	21	Leidy Robayo
	Rotavirus	2ª	25	05	21	GlaxoSmith	ARALA772AF	E.S.E Juan RMP	—	—	—	Leidy Robayo
	Neumococo	2ª	25	05	21	GlaxoSmith	ASPNB3E8BA	E.S.E Juan RMP	22	01	22	Leidy Robayo
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.											
	Polio (Oral - IM)	3ª	24	7	21	BioManguinh	20270074	E.S.E	24	7	22	
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	24	7	21	Serum	2850Y024C	Juan Ramón	24	7	22	
	Influenza	1ª	24	7	21	Sanofi P.	N3B871V	Juan Ramón	24	8	21	
7 Meses	Influenza	2ª	24	08	21	Sanofi pasteur	N3B871V	E.S.E Juan Ramo	—	—	—	Leidy Robayo
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	28	01	22	Serum	0130N128A	E.S.E Juan Ramo	21	01	26	Leidy Robayo
	Fiebre Amarilla	1ª	29	07	22	BioManguinh	22VFC0152	E.S.E. Juan R	—	—	—	Leidy Robayo
	Neumococo	Refuerzo	28	01	22	GlaxoSmith	ASPNB3138A	E.S.E Juan Ram	—	—	—	Leidy Robayo
	Influenza	Anual	27	05	22	Green cross	VS0222006	E.S.E J.R.M.P	—	—	—	Leidy Robayo
	Hepatitis A	ÚNICA	28	01	22	MERCK Shap.	U019226	E.S.E Juan Ram	—	—	—	Leidy Robayo
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	29	07	22	Serum	2821Q12B	E.S.E Juan Ra	22	01	26	Leidy Robayo
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	29	07	22	BioManguinh	21400034	E.S.E. Juan Ramón	22	01	26	Leidy Robayo
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo										
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo										
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	11	05	2023	Serum	0131N082A	ESE Juan Ramón	24	01	26	Leidy Robayo
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª										
	VPH	2ª										
	VPH	3ª										
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	1ª	28	01	22	MERCK Shap	U006722	ESE Juan Ramón	22	01	26	Leidy Robayo
	Varicela	1 Ref										
	Sarampión - rubeola	1 DAd.	26	02	22	Serum	A1R0235	ESE Juan Ramo	—	—	—	Leidy Robayo

Estas vacunas son gratuitas

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 ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Emily Juliana Avila M.	**DOCUMENTO:** 1080.268.179.
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 Zasso H. Auxiliar en Salud Oral C.C. 1.080.263.132 T.P. # 073	

133

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
813010966 - 1

CERTIFICACION MEDICA

Certificado No.: **10000675**
Fecha de Registro: 21-feb-2025
Historia No.: 1080268179

Entidad Administradora: **NUEVA EPS**

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	EMILY JULIANA AVILA MONTILLA	No.identificación :	RC: 1080268179
Sexo:	F	Edad :	4 Años
Ciudad de residencia:	LA ARGENTINA, HUILA	Estado civil:	MENOR DE EDAD
Dirección residencia:	, EL PESCADOR	Teléfono:	3158160064

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : 18.6 Kg Talla : 103.5 cm

CAMPO VISUAL

Ojo Derecho : Visión normal Ojo Izquierdo : Visión normal

OBSERVACIONES GENERALES

MENOR DE 4 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, EN EL MOMENTO CON ESTABILIDAD HEMODINÁMICA, AFEBRIL, HIDRATO, ORIENTADO, SIN SEÑALES DE MALTRATO EVIDENTES, ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR PARA LA EDAD, SE REALIZA TAMIZAJE VISUAL CON RESULTADO NORMAL, CON REACCIÓN A LA LUZ EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO, SE REALIZAN PREGUNTAS AL MENOR LAS CUALES RESPONDE DE MANERA POSITIVA POR LO CUAL SE PUEDE CERTIFICAR QUE PUEDE ESCUCHAR CORRECTAMENTE; MENOR QUE NO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE LE IMPIDAN VIVIR Y RELACIONARSE EN COMUNIDAD, MENOR QUE PUEDE ESTAR EN ENTORNO ESCOLAR BAJO LA SUPERVISIÓN DE UN ADULTO RESPONSABLE.

HERNANDEZ GOMEZ DORA CONSTANZA
ENFERMERIA
Registro Medico No. 29639
Documento Medico No. CC 36294247

Constanza Hernandez C.
Enfermera Jefe
RUN 29639

Firma del profesional de la salud

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 Margarita Montilla, 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): Emily Juliana Avila Montilla con RC No 1080268179 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.

Margarita martina
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Ludivia Hernández
AGENTE EDUCATIVO

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Argentina Huila

Nombre completo de la niña o niño Emily Juliana Avila Montilla

Fecha de nacimiento 22 01 2021 **N° Documento de Identidad** 1080268779

Sexo Masculino ○ Femenino ⊗ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día Mes Año

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Ludivia Hernández Ortiz

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

Emily es una niña tierna, Cariñosa pero demasiado timida pero ya empeto a buscar sus amigos para el juego, se adapto facil a cualquier sitiación.

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

Expresa ideas y opiniones con claridad, utiliza el lenguaje para resolver pequeños conflictos, participa en actividades artisticas con entusiasmo, identifica rutinas diarios en el 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 resgistro cualitativo 21 11 2025

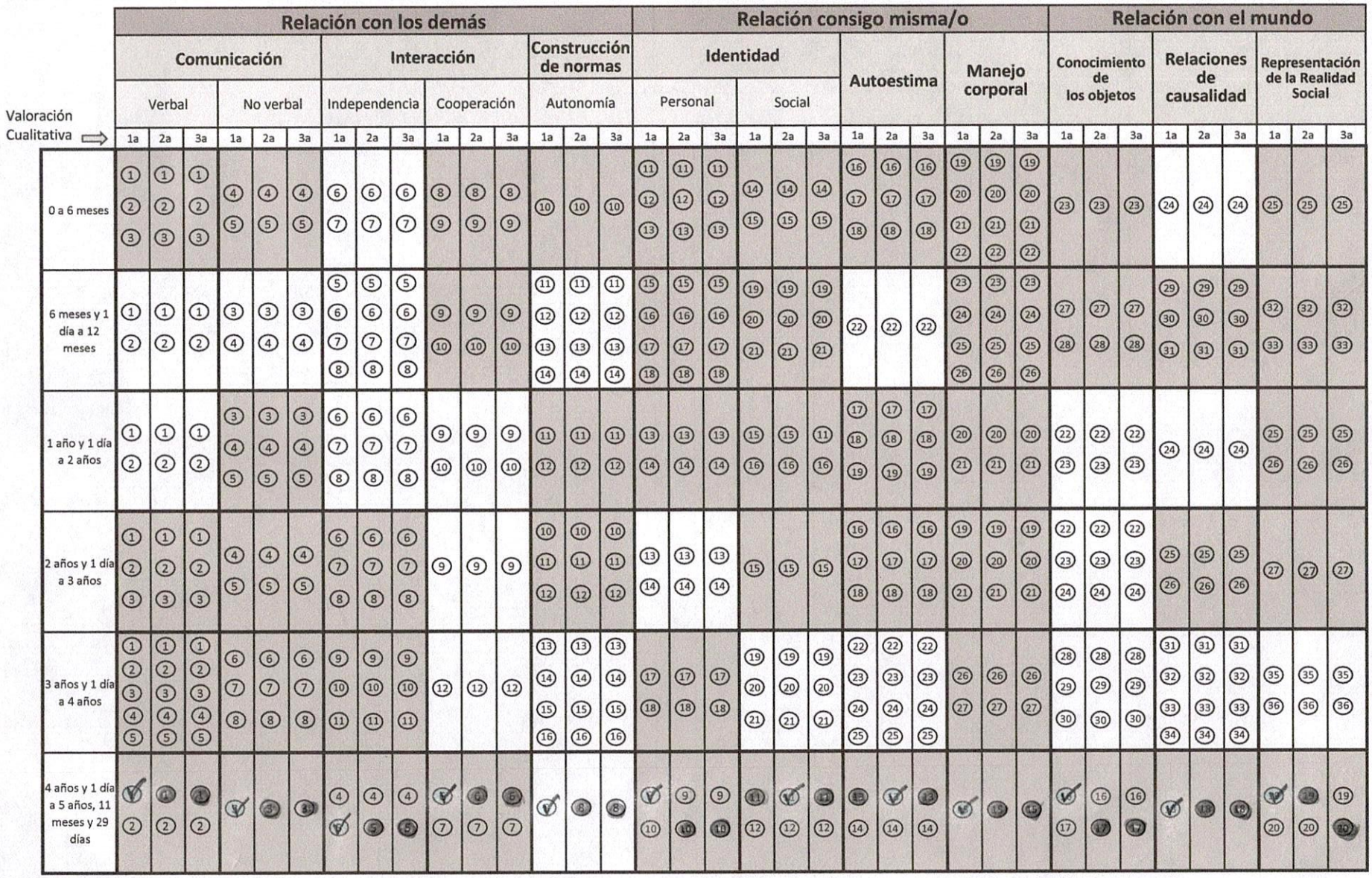
Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ⊗

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

Observaciones generales

Desarrollo integral equilibrado, con avances significativos en comunicación, socialización motricidad y manejo de emociones.

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



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

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 Emily Juliana Avila Montilla, identificado (a) con documento de identidad número 1080268179, 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, María Margarita Montilla Gonzalez quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1080260011, 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: María Margarita Montilla Gonzalez
Nombre: María Margarita Montilla Gonzalez
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3102957014
Fecha: 03-03-2025
Municipio: La Argentina

CLASIFICADA

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 María Margarita Montilla Gonzalez, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1080260011 de La Argentina, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Emily Juliana Avila Montilla, identificados con NUIP No. 1080268179, 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: María Margarita Montilla Gonzalés

Firma: Margarita Montilla

CC. No. 1080260011

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* Maria Margarita Montilla *identificada con* C.C *número* 1080260011, *acudiente o responsable del beneficiario* Emily Juliana Avila, *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.*

+ Margarita Montilla
Firma Madre/Padre/Cuidador
C.C 1080260011

Ludivia Hernández
Firma Equipo Agente Educativo
C.C 26527777

Huella niño o niña

(142)

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.080.260.011

MONTILLA GONZALEZ
APELLIDOS

MARIA MARGARITA
NOMBRES



39 años

Maria Margarita Montilla G.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-AGO-1985
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-FEB-2004 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

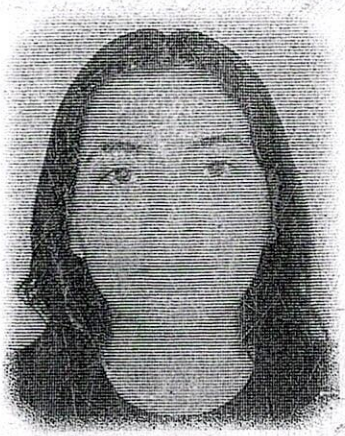
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1904700-50129181-F-1080260011-20040929 06746 04273A 02 139929215

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.080.260.584



Apellidos
AVILA MONTILLA

Nombres
ANDRI YARISA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.63	F

Fecha de nacimiento	G.S.
12 ABR 2005	A+

Lugar de nacimiento
LA ARGENTINA (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
08 JUN 2023, LA ARGENTINA

Firma
Andry yarisa Avila montilla

Fecha de expiración
09 JUN 2033

.CO

02423342O

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL02423342O019047<<<<<<<<<<<
0504128F3306091COL1080260584<3
AVILA<MONTILLA<<ANDRI<YARISA<<

(144)

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.280.386
AVILA ROMERO
APELLIDOS
JOSE ORLANDO
NOMBRES

Jose orlando
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-ABR-1973
VILLETA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

20-JUN-1994 VILLETA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1904700-00179912-M-0080280386-20090920 0016329045A 1 28299961

CUENTA NIU

576

www.electrohuila.com.co Consulta y pago electrónicos FT -CFE -05 -001

VENTA, RESOL. No 547/2002 AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART. 4 000855 DEL 14/07/16 DIAN SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 00/01/99 SECRETARÍA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL A PAGAR

FACTURA DE VENTA No. 84685537

$ 106.900

Documento equivalente según articulo 17 Decreto 1001/97

FECHAS DE LECTURAS 09/NOV/2024 07/ENE/2025

FECHA DE VENCIMIENTO PAGO INMEDIATO FECHA SUSPENSIÓN 29/ENE/2025

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	JOSE ORLANDO AVILA ROMERO	Nit CC	80280386
Dirección	VDA EL PESCADOR	Ruta	6920580661
Municipio	LA ARGENTINA	Ciclo	070
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6500134
Carga Contratada	288	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	2

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
556761	KRI	A	S	00	5878	5749	1	129

Promedio Cuenta 102 Consumo Año Anterior 102 Consumo Anterior 102

ULTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
DIC	129
OCT	117
AGO	109
JUN	96
ABR	106
FEB	105
DIC	102

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU: DIU: HC:
EC: VC: VCD:
VCF: CEC:
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 01/10/2024
Valor $ 46650

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
64.5	982.574 =	63376
64.5	982.5245 =	63373

CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)

Valor Total Energía del Periodo	$	126.749
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 73.568
Valor Total Energía Facturado	$	53.181

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
DEUDA CAPITAL	$ 48.153
INTERES MORATORIO	$ 480
INTERES MES ALUMBRADO	$ 24
DEUDA ALUMBRADO Y OTROS	$ 2.407
CONSUMO PERIODO	$ 126.749
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 2.659
AJUSTE DECENA	$ - 4
SUBSIDIO	$ - 73.568

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	5.090
VALOR ELECTROHUILA	$	101.810

TOTAL A PAGAR

$ 106.900

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

nsumo Kwh	$Kwh	Valor $	No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN 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

SALDO	CAPITAL	INT.CORRIENTE	INT.MORA

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit: 891.180.001-1

Código de Cuenta : 352660576

Factura de Servicios Públicos No: 84685537

Periodo DIC 2024 Fecha de Vencimiento: PAGO INMEDIATO

Suspensión a partir de: 29/ENE/2025

Valor Total a Pagar $ 106.900

(45)

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: EMILY JULIANA AVILA MONTILLA

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1080268179	2025/02/24	2026/02/24

Muerte Accidental $5.000.000,00

Gastos Médicos $4.000.000,00

COBERTURAS:

- Muerte Accidental
- Gastos Médicos

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

seguros mundial®

#899 desde celular | **BOGOTÁ** 3274712 /3274713 | **NACIONAL** 01 8000 111 935

16