BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	F2.MT1.PP	30/01/2025
			Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Fecha de diligenciamiento: 24 | 03 | 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 extranjeria ( ) Sin documento **Nacionalidad:** _____

Número de documento: 1080268106

Fecha nacimiento: 30 | 09 | 2020

Nombres: MARION SANTIAGO

Apellidos: DELGADO B.

¿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: Vajo Aguilas

Sector:

Dirección: Calle 7 # 2 - 34

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento: 1081407648

Nombres: Maritza

Apellidos: Bolaños M.

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 31 | 03 | 1991

Correo electrónico:

Número de celular:

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: MARITZA BOLAÑOS.

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: MARLON SANTIAGO DELGADO BOLAÑOS
RC ___ **No:** 1080268106

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			

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		

325

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.080.268.106

Indicativo Serial 60366195

60366195

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DELGADO	BOLAÑOS

Nombre(s)

MARLON SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes 03 Día 30	MASCULINO	O	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	160250973

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

BOLAÑOS MARTINEZ MARITZA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.081.407.648	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

DELGADO BRAVO SEGUNDO AQUILES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 4.919.075	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DELGADO BRAVO SEGUNDO AQUILES

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 4.919.075	Segundo Delgado

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes NOV Día 02	MANUEL JESUS LATORRE ADARME - RE
	Nombre y firma

OFIXPRES NIT. 800.154.626-1 100238573

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

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	1080268106
NOMBRES	MARLON SANTIAGO
APELLIDOS	DELGADO BOLAÑOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA PLATA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASMET SALUD EPS S.A.S.	SUBSIDIADO	01/10/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	06/04/2025 19:51:16	**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

397

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 03/06/2025

Ficha: 413780031030900001239

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARLON SANTIAGO

Apellidos: DELGADO BOLAÑOS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268106

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/12/2024

Última actualización ciudadano: 12/12/2024

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

IAMI

San Sebastián
LA PLATA, HUILA

CITAS DE CONTROL

DIA	MES	AÑO	HORA	PROFESIONAL
13-07	07	2024	8:00	
26-09	09	2026	8:00	

IAMI

San Sebastián

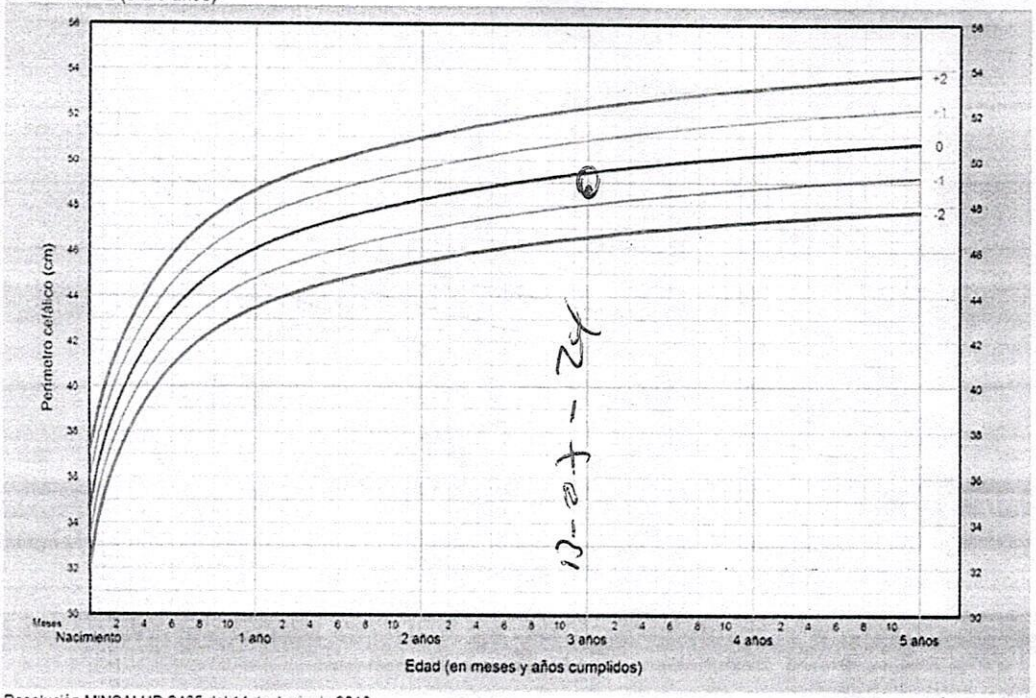
FORMULARIO DE REGISTRO

FECHA	EDAD	PESO	TALLA	PC	PB	OBSERVACIÓN
13-04-24	3 años	16,5	98	49	16	

TODOS POR UN NUEVO PAÍS · MINSALUD · INSTITUTO NACIONAL DE SALUD · BIENESTAR FAMILIAR

Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
publicada en el diario oficial numero 499926 el 06/07/2016.

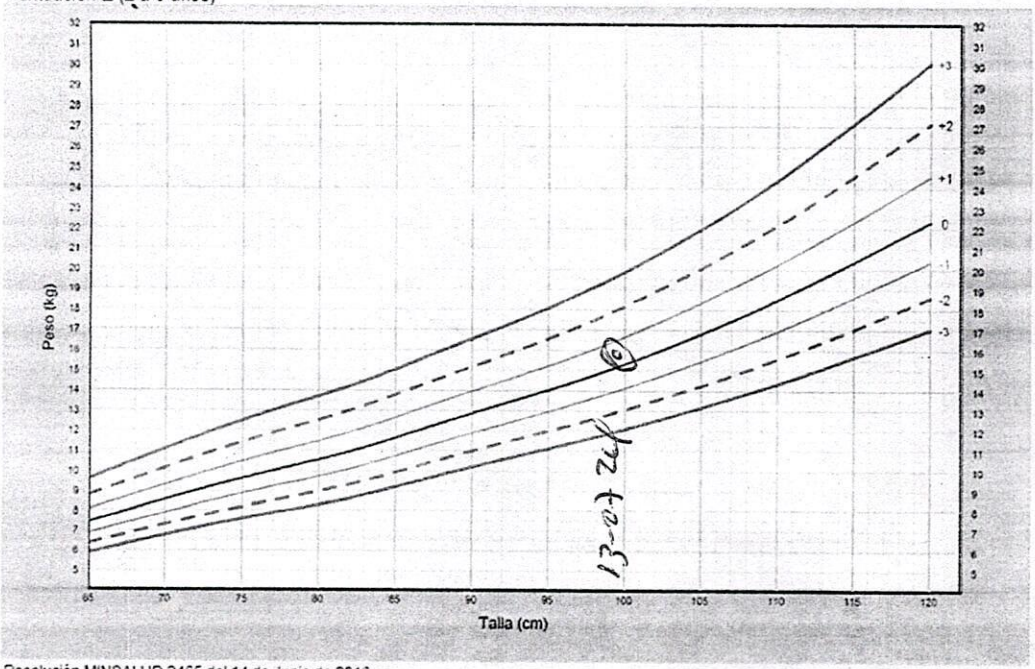
Patrones de crecimiento infantil de la OMS · Organización Mundial de la Salud

IAMI · San Sebastián

TODOS POR UN NUEVO PAÍS · MINSALUD · INSTITUTO NACIONAL DE SALUD · BIENESTAR FAMILIAR

Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
publicada en el diario oficial numero 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS · Organización Mundial de la Salud

IAMI · San Sebastián

OGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

momento de nacer — Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

e el primer mes de vida — Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

ad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
ses			
ses			
ses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
1)			
2)			

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

Fecha	Edad	Fecha
	42 meses	
	48 meses	
	54 meses	
	60 meses	
	66 meses	

os los niños se debe realizar toma de TSH al momento
r para estudio de hipotiroidismo.

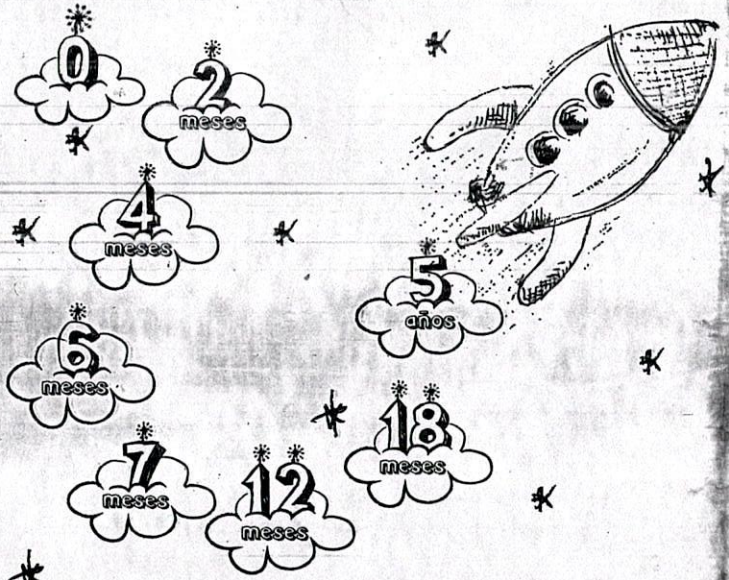
ortado TSH:	
ificación:	
al que verificó:	

Exíjalo

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

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

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



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

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

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

AIEPI — Porque mi vida hay que protegerla hoy

de cero a Siempre — ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

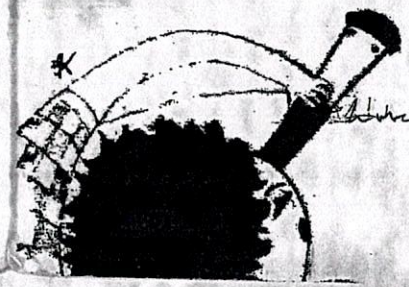
Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: MARIA SANTIAGO DOGARO
Fecha de nacimiento: 30-09-20
Nº de certificado de nacido vivo: 160250358
Registro civil: 1080268166
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O POSITIVO
Peso al nacer: 4280 Gramos
Dirección: B. Inmaculada Belén
Teléfono: 3204860461
Responsable: Maritza Bolaño
Municipio de residencia: La plata
Departamento: Huila

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: Marlon Santiago Delgado

Registro Civil: 1080268206

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
	Lactancia materna exclusiva	Sí ☑ No ☐						
En Nacido	Tuberculosis B.C.G.	Única	01-04-20	Serum	03796025	Hosp	—	Nini Vega
	Hepatitis B	Recién nacido	30-09-20	Serum	032900036	Hosp	30 NOV 20	Lyle Katerin
	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☒						
	Polio (Oral - IM)	1ª	03-12-20	SANOFI	T30891	ESE SS BELEN	03 02 21	U. PAOLA CHAVEZ O
2 Meses	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	03-12-20	SEROM	2859X007F	ESE SS BELEN	03 02 21	U. PAOLA CHAVEZ O
	Rotavirus	1ª	03-12-20	GSK	ARDIC549CA	ESE SS BELEN	03 02 21	U. PAOLA CHAVEZ O
	Neumococo	1ª	03-12-20	GSK	ASPAB272BA	ESE SS BELEN	03 02 21	U. PAOLA CHAVEZ O
	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☑						
	Polio (Oral - IM)	2ª	06-02-21	SANOFI	T30890	ESE SS BELEN	06 04 21	U. PAOLA CHAVEZ O
4 Meses	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	06-02-21	SEROM	2850X008C	ESE SS BELEN	06 04 21	U. PAOLA CHAVEZ O
	Rotavirus	2ª	06-02-21	GSK	ARDIC765AA	ESE SS BELEN	06 04 21	U. PAOLA CHAVEZ O
	Neumococo	2ª	06-02-21	GSK	ASPAB288AA	ESE SS BELEN	06 04 21	U. PAOLA CHAVEZ O
	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	09-04-21	SANOFI	T30889	ESE SS BELEN	— — —	U. PAOLA CHAVEZ O
6 Meses	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	09-04-21	SEROM	2850X008D	ESE SS BELEN	30 09 21	U. PAOLA CHAVEZ O
	Influenza	1ª	12-08-21	SANOFI	U3B687	ESE SS BELEN	12 09 21	U. PAOLA CHAVEZ O
6 Meses	Influenza	2ª	01-10-21	SANOFI	U3B687	ESE SS BELEN	— — —	U. PAOLA CHAVEZ O
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	01-10-21	SEROM	0M080A03	ESE SS BELEN	— — —	U. PAOLA CHAVEZ O
	Fiebre Amarilla	1ª	21-04-2022	STAMARIL	T3155	ESE SS Belen	— — —	Diana Hernandez
12 Meses	Neumococo	Refuerzo	01-10-21	GSK	ASPAB311BA	ESE SS BELEN	— — —	U. PAOLA CHAVEZ O
	Influenza	Anual	21-05-22	SANOFI	U5022006	ESE San Sebastian	— — —	Diana Hernandez
	Hepatitis A	ÚNICA	01-10-21	S PASO	T009980	ESE SS BELEN	— — —	U. PAOLA CHAVEZ O
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo	21-04-2022	Serum	2820V009B	ESE SS Belen	— — —	Diana Hernandez
18 Meses	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo	21-04-2022	Serum	1801P018	ESE SS Belen	— — —	Diana Hernandez
	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo	11-10-25	SANOFI	2423C03A	ESE Juan Pemon	— — —	Jenny Rebolledo
5 Años	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo	11-10-25	SEROM	2224C032AB	ESE Juan Pemon	— — —	Jenny Rebolledo
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	04-02-23	SEROM	013M055A	ESE SS Belen		Bibiana Gonzalez
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias otras dosis	VARICELA	1	01-10-21	VARIVAX	U006190	ESE SS BELEN	09 04 21	U. PAOLA CHAVEZ O
	Sarampion y Rubeola	U	21-04-2022	Serum	0129W235	ESE SS Belen	— — —	Diana Hernandez
	Varicela	1 REF	11-10-25	Nuroshop	2005283	ESE Juan Pemon		Jenny Rebolledo

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.

332

PIDE TU CITA

LA PLATA **CALL CENTER**

3235639250

Horario de asignación de citas

Mañana: 6:30 a.m. a 12:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

Tarde: 1:30 p.m. a 5:00 p.m.
Días: Lunes a Viernes

Sábado: 6:30 a.m. a 11:00 a.m.

Belén **318-3208889**

7:00 a.m. a 9:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

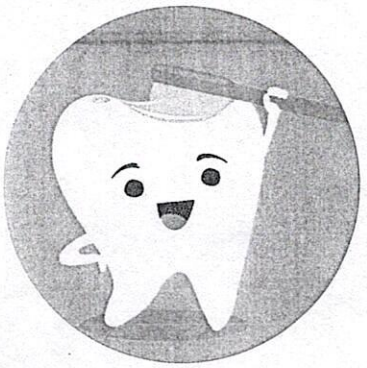
E.S.E San Sebastián

Siempre adelante en servicios

San Sebastián	E.S.E. SAN SEBASTIAN	CÓDIGO	APS-FO-18
	LA PLATA HUILA	VERSION	01-009
	NIT. 813.002.872-4	APROBACIÓN	2016

CARNET

PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Marlon Santiago Delgado

No. De Documento: 1080268106 Tipo de Doc.: RC

Fecha de Nacimiento: 30-09-20 Edad: 3A

EPS: ASMET

Dirección o Vereda:

Teléfono:

PROCEDIMIENTO	Fecha de Atención			Próxima Cita		
	D	M	A	D	M	A
CPB + Fluor Barniz	13	Julio	2024	13	Enero	2025
Control Placa - Fluor Barniz	16	06	2025	16	DICI	2025



Dra. Yury Lujan Bravo Mena

Odontóloga General

Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar

UNICOC-Cali. NIT 1130594478-8

Hace constar que el paciente MARLON SANTIAGO DELGADO BOLAÑOS, con R.C. 1080268106, presenta al examen clínico, dientes temporales con inicio de caries entre 51-61 Y 64, sus tejidos blandos se observan con normalidad, se sugiere realizar adaptación de la paciente y tratamientos de promoción y prevención como sellantes y limpieza.

El presente certificado se expide en la Argentina Huila a solicitud de la acudiente (mamá) a los 20 días del mes Febrero de 2025.

Yury Lujan Bravo
Odontologa - Ortodoncista
C.O.C. Reg. 1673

YURY LUJAN BRAVO MENA

cc. 1130594478, Registro: 1673

Tel. 3137962868-3218553330.

yurylujan@hotmail.com

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
813010966 - 1

CERTIFICACION MEDICA

Certificado No.: **10000664**
Entidad Administradora: **ASMET SALUD E.P.S S.A.S**
Fecha de Registro: 20-feb-2025
Historia No.: 1080268106

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	MARLON SANTIAGO DELGADO BOLAÑOS	No.identificación :	RC: 1080268106
Sexo:	M	Edad :	4 Años
Ciudad de residencia:	LA ARGENTINA, HUILA	Estado civil:	SOLTERO
Dirección residencia:	CENTRO POBLADO BELEN, LAS AGUILAS	Teléfono:	3203431762

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : 17.4 Kg Talla : 105 cm

CAMPO VISUAL

Ojo Derecho : Visión normal Ojo Izquierdo : Visión normal

OBSERVACIONES GENERALES

MENOR DE 4 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA DE PARTO POR VIA VAGINAL, OPERADO DE LA AORTA, ULTIMO CONTROL EN SEPTIEMBRE DE 2024 POR LA ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGIA, SE ENCUNETYRA EN CONTROL CADA 6 MESES, EN EL MOMENTO CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, AFEBRIL, HIDRATADO, ORIENTADO, SIN SEÑALES DE MALTRATO EVIDENTES, ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR PARA LA EDAD, SE REALIZA TAMIZAJE VISUAL CON RESULTADO NORMAL (20/20) EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO, SE REALIZAN PREGUNTAS AL MENOR LAS CUALES RESPONDE ADECUADAMENTE POR LO CUAL SE PUEDE CERTIFICAR QUE PUEDE ESCUCHAR CORRECTAMENTE; MENOR QUE NO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE LE IMPIDAN VIVIR Y RELACIONARSE EN COMUNIDAD, MENOR QUE PUEDE ESTAR EN ENTORNO ESCOLAR BAJO LA SUPERVISION DE UN ADULTO RESPONSABLE.

VARGAS TOVAR DIANA PAOLA
ENFERMERIA
Registro Medico No. 1840
Documento Medico No. CC 1080260003

Médico General
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 (MAKITZA 03 IMPS M), 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): Marlon Santiago D. con RC No 1080268106 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.

MARITZA BOLAÑOS MARTINEZ.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Ludivia Hernández Ortiz
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 Marlon Santiago Delgado Bolaños

Fecha de nacimiento 30 09 2020 **N° Documento de Identidad** 1080268106

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

Marlon es un niño un poco timido pero a logrado integrarce con sus compañeros, le gusta compartir lo que tiene, se entretiene demasiado en el momento de realizar las actividades

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 30 09 2025

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

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

Observaciones generales

clasifica objetos segun su caracteristicas (color, forma, tamaño) observa atentamente los objetos de su entorno, reconoce semejanzas y diferencias, Acepta ordenes de su docente, le gusta ayudar a resolver conflictos.

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 30 11 2025

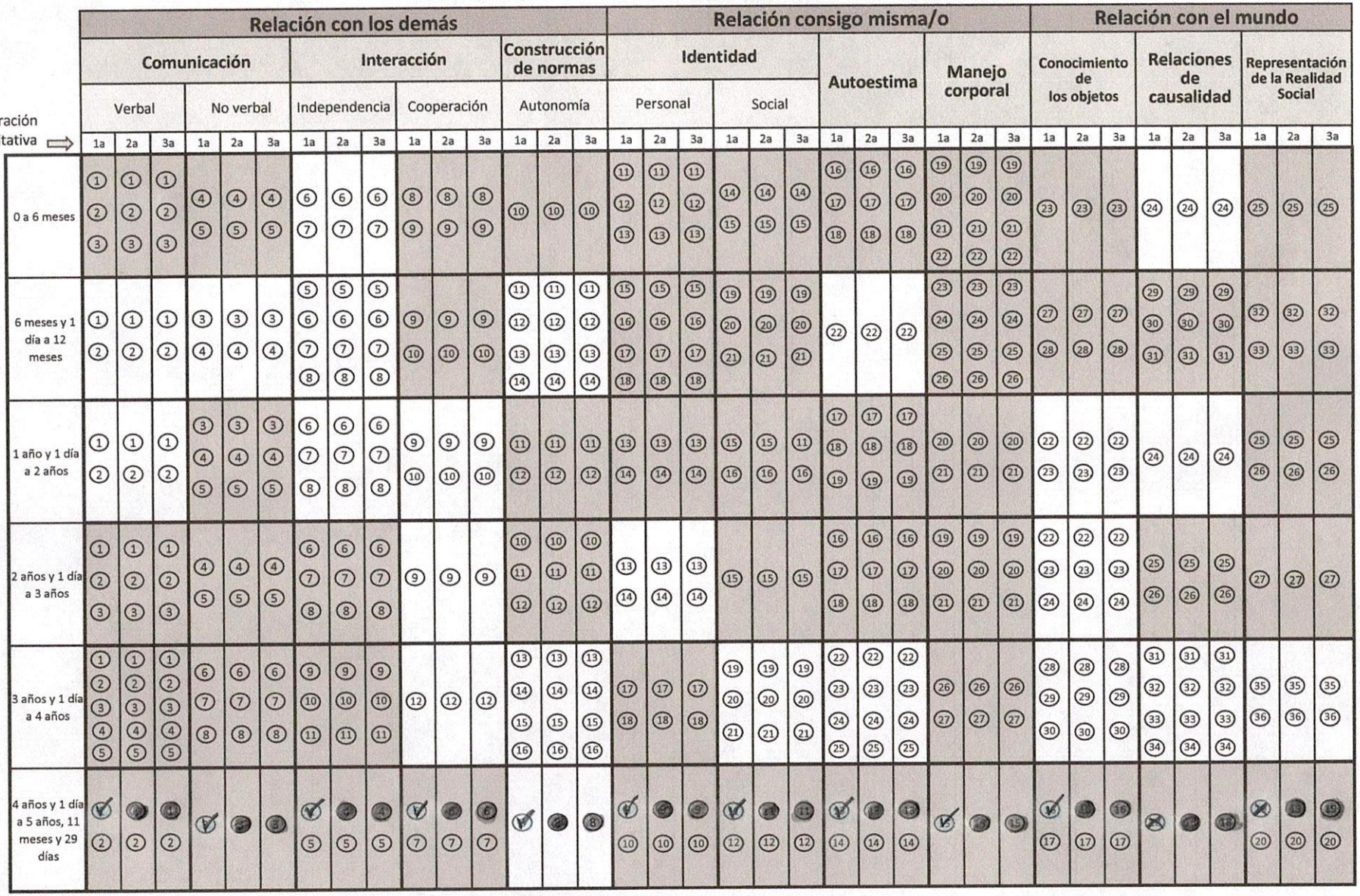
Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

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

Observaciones generales

Su motricidad grueso le permite Correr, saltar y trepar con seguridad, maneja el lapiz pero se le dificulto el agarre.

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



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

338

339

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 Maritza Bolaños Martinez, identificado (a) con documento de identidad número 1081407618 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, Marlon Santiago Delgado Bolaños, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1080268106 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 CDI La Argentina

Suscriben:

Firma: MARITZA BOLAÑOS MARTINEZ
Nombre: MARITZA BOLAÑOS MARTINEZ
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3204860461
Fecha: 04-03-2025
Municipio: La Argentina (H)

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.	F17.MO12.PP	11/05/2018
		Versión 2	Página **1** de **1**

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Maritza Bolaños Martinez, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1081407648 de La Plata (H), padre / madre X o acudiente de la /el/los niño(s) Marlon Santiago Delgado Bolaños, identificados con NUIP No. 1080268106, 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: MARITZA BOLAÑOS MARTINEZ

Firma: MARITZA BOLAÑOS MARTINEZ.

CC. No. 1081407 648

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Ludivia Hernández Ortiz

Firma: Ludivia Hernandez 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* Segundo Aquiles Delgado *identificada con* C.C. *número* 4919765, *acudiente o responsable del beneficiario* Marlon Santiago Delgado; *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.*

Segundo Delgado

Firma Madre/Padre/Cuidador

C.C 4919075

Ludivia Hernández

Firma Equipo Agente Educativo

C.C 26527777

Huella niño o niña



33 años

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.081.407.648**

BOLAÑOS MARTINEZ
APELLIDOS

MARITZA
NOMBRES

Maritza Bolaños M.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-MAR-1991**

LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | **A-** G.S. RH | **F** SEXO

05-MAY-2009 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1904900-00165307-F-1081407648-20090731 0014256348A 1 30960138

402

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

Sr(a): GOMEZ ARBOLEDA EMID
c.c. / Nit: 55212085
CLL 7 2-34
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780040880
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 4-LIBRETIN 4 DE LA ARGENT

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
428391701
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
85225870
Fecha De Emisión
17/02/2025

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
2 / 2025	14/01/25-13/02/25	$5,750	$5,750	0 meses

Datos de la Cuenta

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

COSTO UNITARIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

Generación	421.89
Transmisión	58.19
Distribución	280.72
Restricciones	7.45
Pérdidas	97.49
Comercialización	143.89
Costo Unitario	1009.62
Tarifa Aplicada	1009.6231

Indicadores De Calidad Individual

Cálculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-4594323	TEC	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	11628	11616	1	12

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	12,115
110	Interes moratorio	4
608	Ajuste Decena	<4>
995	Subsidio	<7,158>

Últimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	1	20	2024	7	4
2024	12	11	2024	6	19
2024	11	11	2024	5	11
2024	10	10	2024	4	13
2024	9	10	2024	3	9
2024	8	12	2024	2	12

Promedio Cuenta: 12
Consumo Año Anterior: 12

Indicadores De Calidad Individual Retroactivo

Nodo 6500151 Grupo Calida	21
Horas a compensar	1.048
Compensacion por evento	
Meta Calidad opr Duración	62.37
Meta calidad por eventos	21
Eventos acmulados año	85
Duracion acumulador año	85.92
Consumo a compensar	71.2
Cargo distribución	263.7

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	12.0	413.0987	$4.957

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Total cuota Financiación 0

Tasa de Interés 0.00 %

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total Electrohuila	$4,957
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$793
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$5,750

CUFE ff5a1971b3281b72a618be601eac0c39c5752cc38a6d7596d8c7e21022e076d7e637a7ea6dd320a792bcebc2a9e025ce Numero de Factura Electronica EH-2011850 Numero de factura: 85225870

FOES

Kwh $/Kwh Total N. Fact

Último Pago

$9,560
31/01/2025
Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB
Pag: 1698

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento: 26/02/2025
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 escanenado el Código QR.

(415)7707274499679(8020)0428391701(3900)0000005750(96)20250226

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

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

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORRETENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 08/07/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA, ARTICULO 637 DEL ACUERDO 028 DE 2018
RENTA RESOLUCIÓN No. 5472/2002 DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART. 4 RESOLUCIÓN 000055 DEL 14 DE JULIO DE 2016





Optimizando la gestión de nuestros activos, mejoramos la calidad de tu servicio de energía. Ingresa a: https://www.electrohuila.com.co/2022/08/08/sistema-de-gestion-de-activos/

"El agua genera electricidad, pero si la desperdiciamos, terminaremos viviendo en la oscuridad."

Facturación Conjunta del Servicio Público de Aseo

Impuesto Municipal De Alumbrado Público

Municipio= 378-LA ARGENTINA
Acuerdo=ACUERDO MUNICIPAL 29 DEL 09 D
DICIEMBRE DE 2013

RECLAMOS DE ALUMBRADO PUBLICO
6 # 3-50- ALCALDIA

Conce	Descripción	Valor
51	Impuesto Alum. Publico	793

TOTAL $793

Otros Cobros

Concepto	Descripción	Valor

Credivalores

Electrodomésticos

Convenio	To.Convenio	Total Pagar

Asegúrate de que tus instalaciones internas, equipos y aparatos eléctricos estén en óptimas condiciones realizando mantenimiento periódico.

PUNTOS AUTORIZADOS:

COOPEIPE · SuChance · Banco de Occidente · UTRAHUILCA · pse · Banco Agrario de Colombia · Banco Caja Social · DAVIVIENDA · BBVA · Scotiabank · COLPATRIA · Credifuturo · Coomeva · Banco AV Villas · Bancolombia · Coonfie · efecty

SEDES ELECTROHUILA

Sede Administrativa
KM 1 VIA NEIVA PALERMO
COMPLEJO ECOLÓGICO EL BOTE
PBX: (608) 8664600

Neiva
Carrera 18 calle 9 esquina

Pitalito
Calle 19 Sur No. 3-05

Garzon
Calle 8 No. 7-54

La Plata
Calle 10 No. 6-20

USO CONFIABLE DE ENERGIA ELÉCTRICA

USO SEGURO DE ENERGIA ELÉCTRICA

CONTRATO DE CONDICIONES

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: MARLON SANTIAGO DELGADO BOLANOS

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1080268106	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