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: JENNY YULIETH BONILLA CERON

RC X No. 1080268566



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

Powered by CamScanner

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

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

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MT1.PP	10/01/2025
MINISTERIO DE IGUALDAD	FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

Fecha de diligenciamiento: 24 / 02 / 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (S) Niños entre 0 y hasta de 5 años ( ) Persona Gestante

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI la Argentina

Tipo documento identidad: (S) 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

Número de documento: 1080.268.566

Fecha nacimiento: 26 / 01 / 2022

Nacionalidad: _____

Nombres: Jenny yulieth

Apellidos: Bonilla ceron

Presenta discapacidad? ( ) Si (S) No

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

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

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

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano ( ) Indígena (S) No se autoreconoce ( ) 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: Urbano

Barrio: Torres de Sanisidro

Vereda:

Sector:

Dirección: K4 12 20 T1 AP 101

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (S) Madre ( ) Padre ( ) Cuidadora/o

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad (S) 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: 1.080.260.151

Nombres: Katelen Andrea

Apellidos: Ceron Erazo

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 16 / 03 / 2004

Correo electrónico:

Número de celular: 3163588612

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Katelen Andrea Ceron Erazo

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

Observaciones:

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

Powered by CamScanner

221

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.080.268.566

Indicativo Serial 60366710

60366710

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 2 E

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BONILLA	CERON

Nombre(s)

JENNY YULIETH

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes ENE Día 26	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA LA ARGENTINA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	170964020

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

CERON ERAZO KATELEN ANDREA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.080.260.151	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

BONILLA FIGUEROA AVEL ANCIZAR

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.266.138	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BONILLA FIGUEROA AVEL ANCIZAR

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.080.266.138	Abel ancizar Bonilla

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 ENE Día 26	JESUS LATORRE ADARME - REG
	Nombre y firma

OFIXPRES 100238573

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner

222

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 30/09/2025

Ficha: 413780031030900000496

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JENNY YULIETH

Apellidos: BONILLA CERON

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268566

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/05/2024

Última actualización ciudadano: 07/05/2024

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

Powered by CamScanner

223

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	1080268566
NOMBRES	JENNY YULIETH
APELLIDOS	BONILLA CERON
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	24/04/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/30/2025 22:30:01	**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

Powered by CamScanner

l carné más EPS

...portante para los ...ros de todos los ...miento detallado ...y vacunación de ... el programa de ...

... conozcas el contenido de este ... tienes alguna duda sobre la información de este, consulta al médico o enfermera que atiende a tu hijo y ellos resolverán todas tus inquietudes.

Por favor cuídalo y llévalo siempre contigo, cuando asistas a consulta de crecimiento y desarrollo y a controles médicos o vacunación.

Este documento es personal e intransferible, en caso de perdida por favor reintégralo a

Firma

Papá

Mamá

Mis datos

Mi nombre completo es: Jenny Yuleth Bonilla Ramirez

Nací en: Municipio Los Mangos Departamento Huila

El día 26 Del mes 01 Del año 22 Sexo F X

Mi peso al nacer fue: 2760 | Mi talla al nacer fue: 47

Mi tipo y grupo sanguíneo es: A | RH +

Mi resultado de TSH fue:

Mi numero de registro civil es: 1080268566

Mi EPS es: Ecoopsos.

Soy alérgico(a) a:

Utilizo algun medicamento especial:

Datos familiares

Mi mamá se llama: Teléfono

Mi papá se llama: Teléfono

Antecedentes familiares importantes:

Datos de mi nacimiento

Cuando nací mi mamá tenía: de edad | Nací por vía: Normal: Cesarea:

Lugar de atención:

Cuando nací ¿Quedé hospitalizado? SI: NO: Por qué:

Mi mamá realizó controles prenatales: SI: NO:

Cuando nací mi mamá tenía de edad gestacional: Mi medico dijo que había nacido: A término: Pretérmino:

Postérmino:

2

MIS CONTROLES

Escribe aquí los datos significativos de la salud del niño o niña

Fecha de Atención	Edad	Peso	Talla	Índice Masa Corporal (IMC)	Perímetro Cefálico	Próximo control	Responsable del control	Responsable del próximo control
16-03-2022	1m	4450	55		36	21-05-2022	Yuleth	
21-05-2022	3m	5210	59.3		38.5	02-07-2022	Yuleth	
09-01-2022	5m	5120	60.6		41	01-06-2022	Yuleth	Aldemar
07-10-2022	8m	6250	64.6		43.5	26-Nov 2022	Reprogramada	
						11-02-2023	Yuleth	
21-02-2023	1A.	8,3	69.5		43.5	14-Octubre-2023	Aldemar	
14-10-2023	2AM	9.580	79		45	13-abril 2024	Yuleth	
13/04/2024	2AM.	11.100	83		45.5	31 Agosto 2024		
25/02/2025	2am	3A	P=12,9	T=89,3	PC=46,5	PT=50	PB=15,5	PROX => 30/01/2026

Powered by CamScanner

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado				
	Visual	Normal		Alterado				
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA								

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1ª entrega			
2ª entrega			
3ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1ª entrega						
2ª entrega						
3ª entrega						
4ª entrega						
5ª entrega						

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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



Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Jenny Yuleth Bonilla Ceron
Fecha de nacimiento: 26 - Enero - 2022
Nº de certificado de nacido vivo: 170964020
Registro civil: 1080268566
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: A POSITIVO 39 59.
Peso al nacer: 2760 Talla: 4 1
Dirección: Casa lote el carmen
Teléfono 1: 3163588612 - 3219000252
Teléfono 2: 3205013268. Mi hermana
Responsable: Katelen Ceron Erazo
Municipio de residencia: La Argentina - Huila
Departamento: Huila cc: 1080260151
Cita: 29 - Enero - 2022

Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Jenny Yoliath Bonilla C Tipo identificación: R.C. No. ID: 1080268566.

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									Nulvis M. Bravo González
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	26	01	22	Serum	03701GA	La Argentina	—	—	—	Auxiliar de Enfermería
	Hepatitis B	Recien nacido	26	01	22	Serum	03201XA	Juan Ramón	26	03	22	Reg. [illegible]
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	26	03	22	Biotech	2234 06A	ESE JENP	26	05	21	Hilda Bravo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	26	03	22	Serum	28550 3 8A	ESE JUAN RNP	26	05	21	[illegible]
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	26	03	22	Serum	28550 3 8A	ESE JUAN RNP	26	05	21	[illegible]
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	26	03	22	Serum	28550 3 8A	ESE JUAN RNP	26	05	21	[illegible]
	Diarrea por rotavirus	1.ª	26	03	22	Glaxosmithkline	A K O L O 8 7 1 A	ESE JUAN RNP	26	03	21	[illegible]
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	26	03	22	Glaxosmithkline	A J P N B 3 2 1 C	ESE JUAN RNP	26	03	21	[illegible]
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	26	05	22	Biotech	2141 40EA	ESE JUAN RNP	26	07	22	[illegible]
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	26	05	22	Serum	28551 X 0 07C	ESE JUAN RNP	26	07	22	[illegible]
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	26	05	22	Serum	28551 X 0 07C	ESE JUAN RNP	26	07	22	[illegible]
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	26	05	22	Serum	28551 X 0 07C	ESE JUAN RNP	26	07	22	[illegible]
	Diarrea por rotavirus	2.ª	26	05	22	Glaxo Smith	A R C L d 0 3 4 A B	ESE JUAN RNP	—	—	—	[illegible]
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	26	05	22	Glaxo Smith	A S P N B 3 4 0 A B	ESE JUAN RNP	26	01	23	[illegible]
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	27	09	22	Biotech	2141 40EA	ESE JUAN RNP	—	—	—	[illegible]
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	27	09	22	Serum	28551 X 0 07E	ESE JUAN RNP	—	—	—	[illegible]
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	27	09	22	Serum	28551 X 0 07E	ESE JUAN RNP	—	—	—	[illegible]
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	27	09	22	Serum	28551 X 0 07E	ESE JUAN RNP	—	—	—	[illegible]
	Influenza estacional	1.ª	27	09	22	Green Cross	V V O 2 2 2 0 0 6	ESE JUAN RNP	27	09	22	[illegible]
7 meses	Influenza estacional	2.ª	2	[illegible]	[illegible]	Green Cross	V V O 2 2 2 0 0 6	ESE JUAN RNP	—	—	—	[illegible]
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	27	01	23	Serum	03701GA	ESE JUAN RNP	25	07	23	[illegible]
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	27	01	23	Pfizer	H R 4 8 9 5 — — —	ESE JUAN RNP	26	01	24	[illegible]
	Varicela	2.ª	27	01	23	MERK SHARP DOHME	W O 1 6 9 4 8 0 2 — — —	ESE JUAN RNP	26	01	24	[illegible]
	Hepatitis A	Única	27	01	23	MERK SHARP	W O U 4 8 0 2 — — —	ESE JUAN RNP	—	—	—	[illegible]
	Influenza estacional	Anual	10	04	23	Biopharma	V [illegible] 2 3 C 0 4	C. SE JUAN	—	—	—	[illegible]
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	28	07	23	Bilthoven	2 2 0 7 0 0 5 A — —	ESE Juan	29	01	24	[illegible]
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	28	07	23	Serum	2 0 5 1 X 0 4 0 D —	ESE Juan	29	01	24	[illegible]
	Fiebre amarilla	Única	28	07	23	Sanofi D.	W 3 C 5 4 1 N — — —	ESE Juan	—	—	—	[illegible]
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	28	07	23	Serum.	01 31 N 08 2A —	ESE Juan	—	—	—	[illegible]
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

922

Powered by CamScanner

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Jenny Yuleth Bonilla Ceron	DOCUMENTO: 1.080.268566
CONTROL DE PLACA	
FECHA DE ATENCIÓN: 22 Agosto 2025	PROXIMA FECHA: 22 Febrero 2026
EXPEDIDO POR: Lina Mayerly Daza H. Auxiliar en Salud Oral C.C. 1.080.263.132 T.P. # 073	

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
813010966 - 1

CERTIFICACION MEDICA

Certificado No.: **10000665**
Fecha de Registro: 20-feb-2025
Historia No.: 1080268566

Entidad Administradora: **NUEVA EPS**

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	JENNY YULIETH BONILLA CERON	No.identificación :	RC: 1080268566
Sexo:	F	Edad :	3 Años
Ciudad de residencia:	LA ARGENTINA, HUILA	Estado civil:	MENOR DE EDAD
Dirección residencia:	VEREDA BAJO CARMEN, RURAL	Teléfono:	3163588612

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : 13 Kg Talla : 90 cm

CAMPO VISUAL

Ojo Derecho : Visión normal Ojo Izquierdo : Visión normal

OBSERVACIONES GENERALES

MENOR DE 3 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, EN EL MOMENTO CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, AFEBRIL, HIDRATADA, ORIENTADA, 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

Paola Vargas Tovar
Enfermera Jefe
T.P. 1080260003

Firma del profesional de la salud

Powered by CamScanner

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 CDI la Argentina, 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): Jenny Yulieth Bonilla ceron con RC No 1080.268.566. 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.

Powered by CamScanner

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 Marzo del año 2025, en el Municipio de la Argentina.

Katelen Ceron
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Zuri vanesa Rojas L
AGENTE EDUCATIVO

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Argentina

Nombre completo de la niña o niño Jenny Yulieth Bonilla Ceron

Fecha de nacimiento 26 01 2022 **N° Documento de Identidad** 1080268566

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Zuri Vanesa Rojas Lizcano

Fecha de registro cualitativo 03 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

La niña participa activamente en los juegos de movimiento reconoce su lugar en el salon y colabora recogiendo juguetes, responde a su nombre con entusiasmo

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Zuri Vanesa Rojas Lizcano

Fecha de registro cualitativo 03 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

La niña es muy creativa, integra a sus compañeros en los juegos, respeta turnos se comunica con frases mas claras expresa lo que siente.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo

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

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

Powered by CamScanner

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

Powered by CamScanner

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 Jenny Yuliath Bonilla Ceron, identificado (a) con documento de identidad número 1080.268.566 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Katelen Andreal Ceron Erazo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1080.260.151 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	X	Audios	X	Videos	X	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 Cornuellas, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Modalidad Institucional

Suscriben:

Firma: Katelen Ceron
Nombre: Katelen Andrea Ceron
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3763588672
Fecha: 03/03/2025
Municipio: La Argentina

Powered by CamScanner

234

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 Katelen Andrea Ceron Erazo, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.080.260.151 de la Argentina (H.) padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Jenny yulieth Bonilla ceron, identificados con NUIP No. 1.080.268.566, 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: Katelen Andrea Ceron Erazo

Firma: katelen Ceron

CC. No. 1080260157

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Zuri Vanesa Rojas Liceno

Firma: Zuri Vanesa Rojas L.

CC. No. 1.067.795.142

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

Huellas de Amor Para Tu Vida

ACTA DE ACUERDOS Y COMPROMISOS DE LAS FAMILIAS BENEFICIARIAS DENTRO DEL PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

BIENESTAR FAMILIAR

235

Fecha 27 marzo 2025 Por medio de la presente acta Yo Katelen Andrea Ceron Bravo identificada con CC número 1090260959, acudiente o responsable del beneficiario Jenny yuleth Bonilla Ceron, 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.

Katelen Ceron
Firma Madre/Padre/Cuidador
C.C 1080261594

Firma Equipo Agente Educativo
C.C 1067747942

Huella niño o niña



Powered by CamScanner

236

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.080.260.151
CERON ERAZO

APELLIDOS
KATELEN ANDREA

NOMBRES

Katelen cerón

FIRMA





16-MAR-2004

LA ARGENTINA
(HUILA)

1.53 O- F

06-ABR-2023 LA ARGENTINA

INDICE DERECHO

Powered by CamScanner

237

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.080.266.138**

BONILLA FIGUEROA

APELLIDOS

AVEL ANCIZAR

NOMBRES

AVEL ANCIZAR
BONILLA FIGUE

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-DIC-1997**

LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-ABR-2016 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1904700-00834976-M-1080266138-20160604 0050013753A 1 45981799

Powered by CamScanner

238

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

Sr(a): MUNICIPIO DE LA ARGENTINA
c.c. / Nit: 8917802057
K 4 12 20 T1 AP 101
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780035000
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 3-LIBRETIN 3 DE LA ARGENT

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
903189980
PAGA AQUÍ CON CÓDIGO QR Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
85225607
Fecha De Emisión
17/02/2025

Periodo	Periodo Facturado	Pago Total	Pago Mínimo	Periodos Vencidos
2 / 2025	14/01/25-13/02/25	$41,750	$41,750	1 meses

Datos de la Cuenta

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

Costo Unitario de Prestación de Servicio

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

Indicadores De Calidad Individual

Indicadores De Calidad Individual Retroactivo

Datos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-19317151	HIK	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	552	536	1	16

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
0	Deuda Capital	9,813
1	Deuda Interes Capital	7
21	Consumo Periodo	15,368
110	Interes moratorio	49
608	Ajuste Decena	<1>
995	Subsidio	<9,071>

Ultimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	1	25	2024	7	19
2024	12	28	2024	6	19
2024	11	29	2024	5	11
2024	10	33	2024	4	12
2024	9	31	2024	3	11
2024	8	31	2024	2	12

Promedio Cuenta: 29
Consumo Año Anterior: 12

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	16.0	393.5931	$6.297

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Tasa de Interés 0.00 %

Total cuota Financiación 0

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

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	
	$0
Total Electrohuila	
	$16,165
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	
	$25,585
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	
	$41,750

CUFE 5455ea730f87cf075b6b5e8bcf435037d0f1a1caf3f8773e6606c543d0ca9c3cd30fe4c55b289529d8413b93a26cc16b Numero de Factura Electronica EH-2011677 Numero de factura: 85225607

FOES

Kwh$/Kwh Total N. Fact

Ultimo Pago

$12,770
04/01/2025
Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB
Pag: 1426

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento:
PAGO INMEDIATO
Suspensión a Partir del
PAGO INMEDIATO

Linea de transparencia

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

(415)7707274499679(8020)0903189980(3900)0000041750(96)20250226

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

Powered by CamScanner

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES

PROTEGEMOS TUS PASOS



Línea de Atención:

#899 desde celular | Bogotá: 3274712 /3274713 Nacional: 01 8000 111 935

seguros mundial®

Nº Póliza: 2000514572

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: JENNY YULIETH BONILLA CERON

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1080268566	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

Powered by CamScanner