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: ISIS VALENTINA TRUJILLO LATORRE
RC X **No.** 1.080.268.867



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	✓		

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

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	✓		
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

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
Versión 2	Página 2 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

Fecha de diligenciamiento: 25 | 08 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI la Argentina

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

Número de documento: 1080.268.867

Fecha nacimiento: 12 | 06 | 2023

Nacionalidad: _____

Nombres: Isis Valentina

Apellidos: Trujillo Latorre

¿Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

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

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

Cuales aplican: ( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Múltiple ( ) Sordoceguera (●) N/A

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: la Argentina

Zona: Urbana

Barrio: V. Cambis

Vereda:

Sector:

Dirección:

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento: 1075226161

Nacionalidad: _____

Nombres: Angela lucia

Apellidos: latorre latorre

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 09 | 01 | 1988

Correo electrónico:

Número de celular: 3107689492

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Angela latorre l

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

Observaciones:

Powered by CamScanner

26

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.080.268.867

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63547473

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TRUJILLO	LATORRE

Nombre(s)

ISIS VALENTINA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes JUN Día 12	FEMENINO	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	23061210509565

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

LATORRE LATORRE ANGELA LUCIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.075.226.161	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

TRUJILLO GUTIERREZ JOSE LUIS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.154.045	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TRUJILLO GUTIERREZ JOSE LUIS

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.004.154.045	

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

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

* 63547473 *

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 30/09/2025

Ficha: 41378096503400000221

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ISIS VALENTINA

Apellidos: TRUJILLO LATORRE

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268867

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/06/2023

Última actualización ciudadano: 23/06/2023

Última actualización via registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ

Dirección: Calle 6 No 3 - 52

Teléfono: 3176617965

Correo Electrónico: administradorsisben@laargentina-huila.gov.co

Powered by CamScanner

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	1080268867
NOMBRES	ISIS VALENTINA
APELLIDOS	TRUJILLO LATORRE
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	01/12/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/30/2025 22:11:12	**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

			Al año de la 3ra DOSIS	A los 5 Años de edad	ADICIONALES
Recién Nacido	Antituberculosa - BCG				
	Hepatitis B (Recién Nacido)				
A partir de los 2 Meses	PENTAVALENTE	Difteria - Tos ferina - Tétanos (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 oral de 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 las terceras dosis	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)				
	Vacuna oral de polio - VOP				
A los 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, a la 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 o 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 sí solo.		Hace rebotar 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 80 cms de altura.	
Busca objetos escondidos.		Dibuja casa.	
Entiende orden sencilla.		Conoce días de la semana.	
Bebe en taza sola.		Comenta vida familiar.	
A LOS 18 MESES		**A LOS 84 MESES**	
Corre.		Salta alternando 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	DÍA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2023	Julio	14	800	✓	
2023	Septiembre	08	800	✓	
2023	Noviembre	14	8am	✓	
2024	Febrero	17	8am	✓	
2024	mayo.	24	800	✓	
2024	Octubre	19	800	✓	
2025.	Mayo	03	800	✓	
2025	Octubre	17	8:00	✓	
2026	MARZO	20	8AM		

Atención con Calidad Humana

E.S.E. JUAN RAMÓN NUÑEZ PALACI
Nit. 813.010.966-1 Tel: 8311607
Código del Prestador: 41378003821
La Argentina - Huila



CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

Nombre: Isis Valentina Trujillo
Fecha de nacimiento: 12-06-2023
Registro Civil: 1080268867
Teléfono: 3107689492
Dirección: Centro
Barrio o Vereda: Barrio
Nombre del Responsable del Niño: Angela Latorre
EPS Afiliación: Nueva EPS
Sitio de Atención: ESE JRNP.

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

P. Nacer 3680 sg
talla 49 cm

Powered by CamScanner

Cita: 12-JUNIO-2023
(SOM)

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO									
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado					
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado					
	Cardipopatia 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

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega						
2.ª entrega						
3.ª entrega						
4.ª entrega						
5.ª 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: Isis Valentina Tovilla Latorre
Fecha de nacimiento: 12-06-2023
Nº de certificado de nacido vivo: 730612105095G3
Registro civil: 1080268867
Sexo: Femenino Semana 63. 39
Grupo sanguíneo: O+ Coosalud
Peso al nacer: 3650 gr Talla: 49 cm
Dirección: Contato. Pro A Mz-36.
Teléfono 1: 3107689492.
Teléfono 2: 3223331279.
Responsable: Angela Lucia Latorre
Municipio de residencia: La Argentina
Departamento: HUILA
Cc. 1075226161

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

100418 SEAB

30

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Isis Valentina Trujillo **Tipo Identificación:** RC **No. ID:** 1050268867

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
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	12	06	23	Serum	03741MA0707	HDSAP				Alexandra V.
	Hepatitis B	Recién nacido	12	06	23	Serum	03221490709B	HDSAP				Elizabeth Tobón
2 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	12	08	23	BiHuan Biotec	220700SA--	ESE Juan Ramón	12	10	23	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	12	08	23	Serum	2285170A--	ESE Juan Ramón	12	10	23	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	12	08	23	Serum	2285170A--	ESE Juan Ramón	12	10	23	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	12	08	23	Serum	2285170A--	ESE Juan Ramón	12	10	23	Leidy Robayo
	Diarrea por rotavirus	1.ª	12	08	23	GlaxoSmith.	AR5140AA--	ESE Juan Ramón	12	10	23	Leidy Robayo
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	12	08	23	Pfizer	FH9925--	ESE Juan Ramón	12	10	23	Leidy Robayo
4 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	12	10	23	BiHuan Biotec	223300CC--	ESE Juan Ramón	12	12	23	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	12	10	23	Serum	2285170A--	ESE Juan Ramón	12	12	23	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	12	10	23	Serum	2285170A--	ESE Juan Ramón	12	12	23	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	12	10	23	Serum	2285170A--	ESE Juan Ramón	12	12	23	Leidy Robayo
	Diarrea por rotavirus	2.ª	12	10	23	GlaxoSmith.	AR5140AA--	ESE Juan Ramón	—	—	—	Leidy Robayo
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	12	10	23	Pfizer	FH9925--	ESE Juan Ramón	12	06	23	Leidy Robayo
6 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	13	12	23	BiHuan Biotec	223500AA--	ESE Juan Ramón	13	12	24	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	13	12	23	Serum	2285170A--	ESE Juan Ramón	13	12	24	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	13	12	23	Serum	2285170A--	ESE Juan Ramón	13	12	24	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	13	12	23	Serum	2285170A--	ESE Juan Ramón	13	12	24	Leidy Robayo
	Influenza estacional	1.ª	10	06	24	Butantan	2V0044AA--	ESE Juan R	14	07	24	Nubia Bru
7 meses	Influenza estacional	2.ª	26	07	24	Butantan	2V0044AA--	ESE Juan Ramón	anual			Leidy Robayo
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	14	06	24	Serum	0173NO04A--	E.S.E. J.R.	13	12	24	Nubia Bru
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	14	06	24	Pfizer	FW6655--	—	—	—	—	Nubia Bru
	Varicela	2.ª	14	06	24	M.S.D.	4003372--	Juan Ramón	12	06	25	Nubia Bru
	Hepatitis A	Única	14	06	24	Sinovac	220705C--	ESE Juan Ramón	—	—	—	Nubia Bru
	Influenza estacional	Anual	10	5	24	Sanofi	P1560B04--	ESE Juan R	—	—	—	Nubia Bru
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	14	12	24	BiHuan Biol	230800BA--	ESE Juan Ramón	12	06	25	Leidy Robayo
	Difteria, tosferina y tétano (DPT) ☑	1.er refuerzo	14	12	24	Serum	2285170A--	ESE Juan Ramón	—	—	—	Leidy Robayo
	Fiebre amarilla	Única	14	12	24	Sanofi paste	X3A8811--	ESE Juan Ram	—	—	—	Leidy Robayo
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	14	12	24	Serum	0153NO03A--	ESE Juan Ram	—	—	—	Nubia Robayo
	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.

Powered by CamScanner

E.S.E. JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
LA ARGENTINA - H.

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Isis Valentina Trujillo Z	**DOCUMENTO:** 1080 268867.
CONTROL DE PLACA **FECHA DE ATENCIÓN:** 30 octubre 2025.	**PROXIMA FECHA:** 29 Abril 2026
EXPEDIDO POR: Karina García Martínez Auxiliar en Salud Oral CC 1004754284	

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
813010966 - 1

CERTIFICACION MEDICA

Certificado No.: **10000767**
Entidad Administradora: **NUEVA EPS** Fecha de Registro: 18-jul-2025
Historia No.: 1080268867

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	ISIS VALENTINA TRUJILLO LATORRE	No.identificación :	RC: 1080268867
Sexo:	F	Edad :	2 Años
Ciudad de residencia:	LA ARGENTINA, HUILA	Estado civil:	SOLTERO
Dirección residencia:	, CORINTO	Teléfono:	3223331279

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : 13 Kg Talla : 84 cm

CAMPO VISUAL

Ojo Derecho : Visión normal Ojo Izquierdo : Visión normal

OBSERVACIONES GENERALES

ENOR DE 2 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA DE PARTO POR CESAREA, 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 A LA 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

Mercedes Yulieth Tarfán M.
Medico General
R.M. 1.080.264.891
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): Isis Valentina trujillo Lobo con RC No 1050688867 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 25 del mes Agosto del año 2025, en el Municipio de la Argentina.

Angela Latorre

PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Eun Vanesa Reyes L

AGENTE EDUCATIVO

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad La Argentina Huila

Nombre completo de la niña o niño Isis Valentina Trujillo Ladorie

Fecha de nacimiento 06 12 2023 **N° Documento de Identidad** 1080268867

Sexo Masculino ○ Femenino ⊗ **Fecha de 1er día de atención en el año** 25 08 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Maidi Lorena Mondragon Giraldo

Fecha de registro cualitativo 29 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

Teniendo en Cuenta la escala de valoracion se logra observar que Isis ha logrado un desarrollo acorde a su edad, tiene un buen manejo Corporal, comunicativo y autoestima

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro 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)***

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

Valoración Cualitativa	Relación con los demás												Relación consigo misma/o												Relación con el mundo											
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social																	
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1	1	1	4	4	4	6	6	6	8	8	8	10	10	10	11	11	11	14	14	14	16	16	16	19	19	19	23	23	23	14	14	14	19	19	19
	2	2	2	5	5	5	7	7	7	9	9	9	12	12	12	12	12	12	15	15	15	17	17	17	20	20	20	24	24	24	15	15	15	20	20	20
	3	3	3	6	6	6	8	8	8	10	10	10	13	13	13	13	13	13	16	16	16	18	18	18	21	21	21	25	25	25	16	16	16	21	21	21
6 meses y 1 día a 12 meses	1	1	1	3	3	3	5	5	5	9	9	9	11	11	11	15	15	15	19	19	19	21	21	21	21	21	21	26	26	26	17	17	17	22	22	22
	2	2	2	4	4	4	6	6	6	9	9	9	12	12	12	16	16	16	20	20	20	22	22	22	22	22	22	27	27	27	18	18	18	23	23	23
	3	3	3	4	4	4	7	7	7	10	10	10	13	13	13	17	17	17	21	21	21	23	23	23	23	23	23	28	28	28	19	19	19	24	24	24
1 año y 1 día a 2 años	1	1	1	3	3	3	6	6	6	9	9	9	11	11	11	13	13	13	15	15	15	17	17	17	20	20	20	24	24	24	20	20	20	25	25	25
	2	2	2	4	4	4	7	7	7	10	10	10	12	12	12	14	14	14	16	16	16	18	18	18	21	21	21	25	25	25	21	21	21	26	26	26
	3	3	3	5	5	5	8	8	8	11	11	11	13	13	13	15	15	15	17	17	17	19	19	19	22	22	22	26	26	26	22	22	22	27	27	27
2 años y 1 día a 3 años	1	1	1	3	3	3	6	6	6	9	9	9	10	10	10	11	11	11	13	13	13	16	16	16	19	19	19	22	22	22	22	22	22	27	27	27
	2	2	2	4	4	4	7	7	7	10	10	10	11	11	11	13	13	13	14	14	14	17	17	17	20	20	20	23	23	23	23	23	23	28	28	28
	3	3	3	5	5	5	8	8	8	11	11	11	12	12	12	14	14	14	15	15	15	18	18	18	21	21	21	24	24	24	24	24	24	29	29	29
3 años y 1 día a 4 años	1	1	1	6	6	6	9	9	9	12	12	12	13	13	13	17	17	17	19	19	19	22	22	22	26	26	26	28	28	28	31	31	31	35	35	35
	2	2	2	7	7	7	10	10	10	14	14	14	15	15	15	18	18	18	20	20	20	23	23	23	27	27	27	29	29	29	32	32	32	36	36	36
	3	3	3	8	8	8	11	11	11	15	15	15	16	16	16	21	21	21	21	21	21	24	24	24	28	28	28	30	30	30	33	33	33	37	37	37
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1	1	1	3	3	3	4	4	4	6	6	6	8	8	8	9	9	9	11	11	11	13	13	13	15	15	15	16	16	16	18	18	18	19	19	19
	2	2	2				5	5	5	7	7	7				10	10	10	12	12	12	14	14	14				17	17	17				20	20	20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

Powered by CamScanner

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 Isis Valentina Trujillo Latorre, identificado (a) con documento de identidad número 1.080.288.867 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, Angela Lucia Latorre Latorre, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1075226161, 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

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 Modalidad Institucional

Suscriben:

Firma: Angela Latorre
Nombre: Angela Latorre
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3107489492
Fecha: 25-Agosto-2025
Municipio: La Argentina

Powered by CamScanner

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 Angela lucia latorre latorre, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1075.226.161 de la Argentina, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Isisvalentina Trujillo latorre, identificados con NUIP No. 1080.268.867, 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 25 días del mes 08 de 2025

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

Nombre: Angela latorre l

Firma: Angela latorre l

CC. No. 1075226161

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Zun Vanesa Rojas Lozano

Firma: Zun Vanesa Rojas L

CC. No. 1067795142.

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

Fecha 25 agosto Por medio de la presente acta Yo Angela Lucia Latorre Latorre identificada con CC número 1075226161, acudiente o responsable del beneficiario Isis valentina trujillo latorre, 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.

Angela Latorre L.
Firma Madre/Padre/Cuidador
C.C 1.075226161

Zuri vanessa Rojas L
Firma Equipo Agente Educativo
C.C 1067145142

Huella niño o niña



Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.075.226.161

LATORRE LATORRE
APELLIDOS

ANGELA LUCIA
NOMBRES

Angela Latorre L.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-ENE-1988
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

24-ENE-2006 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ REBOLLO LOPEZ

INDICE DERECHO

P-1900100-50146311-F-1075226161-20060303 00877 06062P 02 193603443

Powered by CamScanner

42

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía

Electrificadora del Huila S.A ESP
Nit. 891.180.001-1

Sr(a) : LATORRE ADARTE JAIME JAVIER
c.c. / Nit: 8952577
CRA 4 9 ARGENTINA
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780035120
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 3-LIBRETIN 3 DE LA ARGENTINA

Su código de cuenta NIU
339946600
Para pagos en línea y pago electrónico

Factura de venta No.
86059075

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vendidos
4 / 2025	13/03/25-13/04/25	$51,660	$51,660	0 meses

Datos de cuenta

Clase servicio	Residencial
Estrato	2-Bajo
Zona	OCCIDENTE
Nivel tensión	1-Secundaria
Carga instalada	1000
Tipo liquidación	lectura
Nodo	T09610-GL1P

Costo unitario prestación del servicio

COMPONENTES ELECTROHUILA

1 Comercialización	154.14
+ 2 Distribución	272.98
TOTAL ELECTROHUILA =	
MERCADO ENERGÍA MAYORISTA	427.12
3 Generación	388.6
+ 4 Transmisión	49.85
+ 5 Restricciones	14.69
+ 6 Pérdidas	88.84
TOTAL MERCADO MAYORISTA =	541.98
Costo unitario = ElectroHuila + Mercado	969.1

Histórico

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	3	91	2024	9	53
2025	2	101	2024	8	55
2025	1	88	2024	7	56
2024	12	96	2024	6	61
2024	11	82	2024	5	58
2024	10	73	2024	4	58

Promedio de la cuenta

88 58

Conceptos ElectroHuila

Concepto		Valor
	Consumo Periodo	82,374
110	Interes moratorio	31
607	Ajuste Decena	1
995	Subsidio	<37,867>

Calculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-8952577	KRI	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	15765	15680	1	85

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCobrar
1	1	130	85 KW/h	$523.6059	$82.374	-46%	$44.507

TOTAL

Financiación ElectroHuila

Descripcion Saldo

Tasa de interés 0%

CUFE 32e572834bc32414a1c30e82bd2e0902f5ce68d1e218e8bb7e319c429abc7648135f351abd84b645249568
Numero de Factura Electronica EH-2756454 Numero de factura: 86059075

Fecha de emisión	Mi último pago fue	Tengo plazo de pagar hasta	Próximo lector del servicio
15/04/2025	$54,790 01/04/2025	28/04/2025 Vencimiento	

Valor Energía ElectroHuila	+ Valor Servicio de Aseo	+ Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)	+ Valor Otros Cobros	=
$44,539		$7,121	$0	$51,660

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN
Reporta cualquier novedad relacionada con la prestación del servicio
01 8000 952 115 | 3134354436
POR: radicacion@electrohuila.co
www.electrohuila.com.co
24/7

¡Escanea! paga en línea

Pag: 1467

(415)7707274499679(8020)0339946600(3900)0000051660(96)20250428

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

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

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner