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: DANNA ANTONELLA RODRIGUEZ GAITAN
RC X **No.** 1.080.268.921



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	✓		

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: 01 | 09 | 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 Nacionalidad: _____

Número de documento: 1.080.268.921

Fecha nacimiento: 01 | 09 | 2023

Nombres: Danna Antonella

Apellidos: Rodriguez G.

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

Le aplican: ○ Física ○ Visual ○ Auditiva ○ Intelectual ○ Psicosocial (mental) ○ Múltiple ○ Sordoceguera ⊗ N/A

Seleccione la que aplique: ○ Afrocolombiano ○ Indígena ○ 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: Urbana

Barrio:

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 Nacionalidad: _____

Número de documento:

Nombres: Diva Liseth

Apellidos: Gaitan Ultengo

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 11 | 10 | 2004

Correo electrónico:

Número de celular: 3156185582

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: Olga Ultengo

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Zuri Vanegas

Observaciones:

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

4

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.080.268.921

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63547529

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 2 B

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RODRIGUEZ	GAITAN

Nombre(s)

DANNA ANTONELLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 2 3 Mes 0 5 0 9 Día 0 1	FEMENINO	O	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	230975106312OO

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

GAITAN ULTENCO DIVA LISETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.280.319	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

RODRIGUEZ PEREZ JUAN DANIEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.114.119 582	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GAITAN ULTENCO DIVA LISETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.080.280.319	Diva Liseth

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 -

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 30/09/2025

Ficha: 41378002530000003078

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DANNA ANTONELLA

Apellidos: RODRIGUEZ GAITAN

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268921

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/10/2023

Última actualización ciudadano: 11/10/2023

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	1080268921
NOMBRES	DANNA ANTONELLA
APELLIDOS	RODRIGUEZ GAITAN
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. -CM	SUBSIDIADO	01/09/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

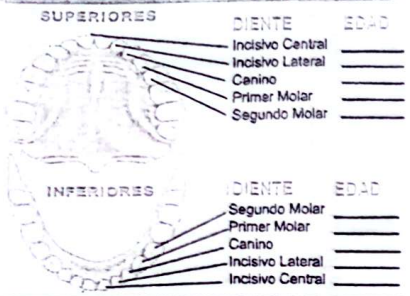
Fecha de Impresión:	09/30/2025 22:10:09	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

EDAD DE ERUPCIÓN DE DIENTES TEMPORALES (DE LECHE)



RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

los primeros dientes debe limpiarlos con un algodón o una gasa húmeda cuando los dientes temporales estén completos enseñar al niño la forma correcta de cepillarse los dientes y el uso de seda dental, ayudando hasta cuando pueda hacerlo bien.

Nunca deje dormir al niño con el biberón en la boca porque azúcar facilita la caries dental, además el chupón puede originar de la forma de los maxilares y mal posición de los dientes. Procure no dar dulces o caramelos entre comidas.

La primera visita al odontología debe hacerse antes del primer año.

CUIDADOS GENERALES

Baño al niño todos los días, lávе las manos y los dientes, córtele las uñas Póngale zapatos cuando camine. NO USE TALCOS NI CHUPOS.

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

Expresa afecto al niño, álcelo, abrácelo y acarícielo. Permita que el niño Juegue y dedique tiempo para jugar con él. Involucre al niño en las actividades de la familia. Hable con el niño y responda con amor a sus intentos de comunicarse y llamar la atención. Permita que el niño se mueva libremente. No castigue, engañe, ni asuste al niño para obligarlo a obedecer.

Explíquele al niño las cosas que no debe hacer. No exija que el niño realice tareas que no puede hacer por su edad. Sea Siempre sincero con él.

MAMÁ SI MI HIJO ESTÁ ENFERMO, DEBO REVISAR SI PRESENTA LAS SEÑALES DE PELIGRO QUE ME OBLIGAN A LLEVARLO AL SERVICIO DE URGENCIAS O VALORACIÓN INMEDIATA POR MÉDICO

- Mi hijo no puede beber ni tomar el pecho.
- Vomita todo lo que toma.
- Ha tenido convulsiones o ataques.
- Esta letárgico (Muy Dormido) o inconsciente (sin sentido).
- Le chilla el pecho o respira con dificultad.
- Respira más de 60 veces por minuto.
- Presenta deposiciones diarreicas o liquidas.
- Presenta fiebre alta(mayor a 39° o liquidas.
- Presenta Fiebre más de 3 días.

EDAD	TIPO DE VACUNA		1ra DOSIS O UNICA Fecha	2da DOSIS Fecha Cita	2da DOSIS Fecha Vacuna	3ra DOSIS Fecha Cita	3ra DOSIS Fecha Vacuna	A los 12 meses de edad Fecha Cita	A los 12 meses de edad Fecha Vacuna
Recién Nacido	Antituberculosa - BCG								
	Hepatitis B (Recién Nacido)								
A partir de los 2 Meses	PENTAVALENTE	Difteria - Tos ferina - Tetanos (DPT)							
		Haemophilus influenze - TIPO b							
		Hepatitis B							
	Vacuna oral de polio - VOP								
	Vacuna oral de rotavirus								
	Vacuna contra el neumococo								
A partir de los 4 Meses	PENTAVALENTE*								
	Vacuna contra polio - VOP								
	Vacuna oral de rotavirus								
	Vacuna contra el neumococo								
A partir de los 6 Meses	PENTAVALENTE*								
	Vacuna oral de polio - VOP								
De 6 Meses a 23 meses	Vacuna de Influenza (De 6 meses a 23 meses)								
A Los 12 meses	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)								
	Fiebre Amarilla (FA)								
	Vacuna contra el neumococo								

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

REHIDRATACIÓN ORAL SUERO ORAL



En un litro de agua hervida y fría, mezcla 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 ALGUN GRADO DE DESHIDRATACIÓN acuda a la Promotora de salud, ala Unidad de Rahidratación Oral UROCS más cercana, o al Hospital.

EDAD		EDAD
AL MES	A LOS 24 MESES	
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.	Controla duma es orina.	
A LOS 3 MESES	A LOS 30 MESES	
Sostiene la cabeza.	Camina hacia atrás.	
Se lleva objetos a la boca.	Separa objetos grandes y pequeños.	
Balbucea con las personas.	Une oraciones completas.	
Se voltea cuando se le habla.	Se baña solo las manos y la cara.	
A LOS 6 MESES	A LOS 48 MESES	
Sostiene sentarse solo.	Lanza y agarra la pelota.	
Pasa objetos de una mano a otra.	Copia cuadrados y círculos.	
Reacciona cuando se le llama.	Describe bien un dibujo.	
Pone atención a la conversación.	Tiene un amigo especial.	
A LOS 9 MESES	A LOS 60 MESES	
Se sienta por si solo.	Hace relatos y agarra la pelota.	
Agarra objetos con los dedos Pinza o índice.	Dibuja escalera.	
Dice una palabra clara. sola sílabas.	Nombra 4 o 5 colores. Organiza Juegos.	
A LOS 12 MESES	A LOS 72 MESES	
Se para solo.	Salta desde 60 cms de altura.	
Busca objetos escondidos.	Dibuja casa.	
Entiende orden sencilla.	Conoce días de la semana.	
Bebe en la taza sola.	Comienza 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 sus objetos.	Conoce ayer, hoy y mañana.	
Avisa cuando se ha hecho pipí o caca.	Conoce fechas especiales.	

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO
2023	Octubre	06	8:00	Y	
2023	Diciembre	08	8:00	Y	
2024	Febrero	07	8:00	Y	
2024	Mayo	31	8:00	Cancelada	
2024	Agosto	9	8:00	Y	
2024	Noviembre	22	8:00	Y	
2025	Abril	11	8:00	Cancelada	
2025	Octubre	Ag	8am	Y	
2026	Marzo	07	9am		

Nuestro Compromiso ! la Humanización del Servicio!

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
NIT 813.010.966-1 Tel 8311607
Código del Prestador 413780003821
La Argentina - Huila



CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

Nombre: Danna Antonella Rodriguez Gaitan
Fecha de nacimiento: 01/09/2023
Registro Civil: 1080268921
Teléfono: 3128023124
Dirección: Betania
Barrio o Vereda: Vereda
Nombre Responsable del Niño: Diva Liseth Gaitan Ortengo
EPS afiliación: N EPS
Sitio de atención: ESE JRNP

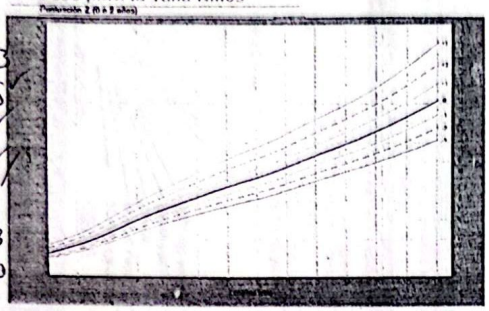
ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS AGENTES DE SE LO RECOMIENDE.

S6: 3755 T: 47cm
P: 2.985gr RH: 0+

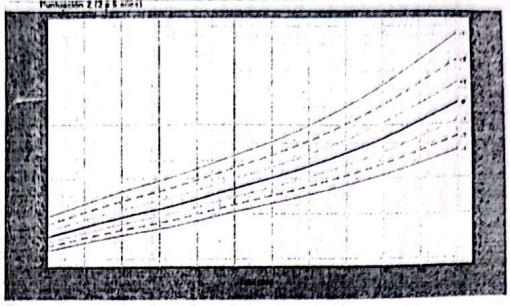
Powered by CamScanner

INTERPRETACIÓN DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

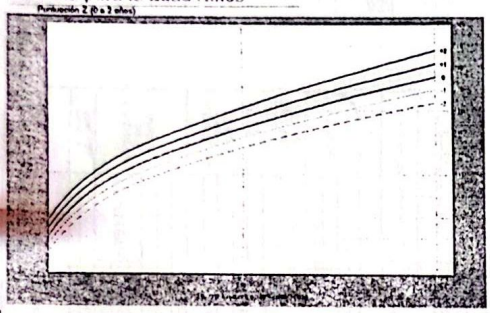
Peso para la Talla Niños



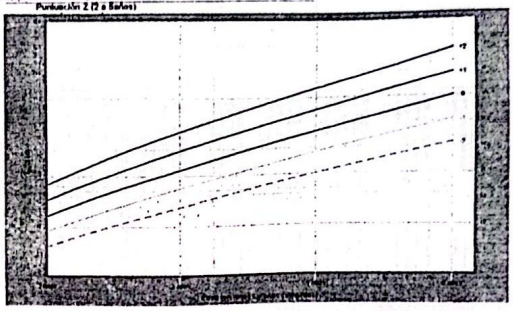
Peso para la Talla Niños



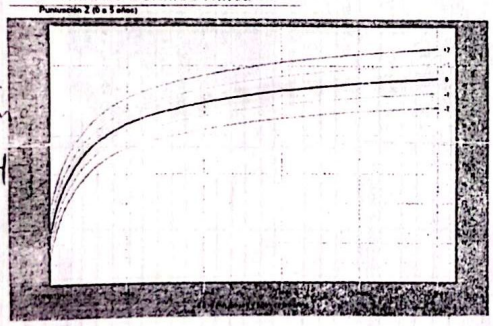
Talla para la Edad Niños



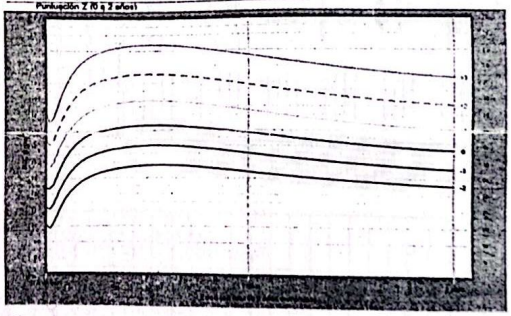
Talla para la Edad Niños



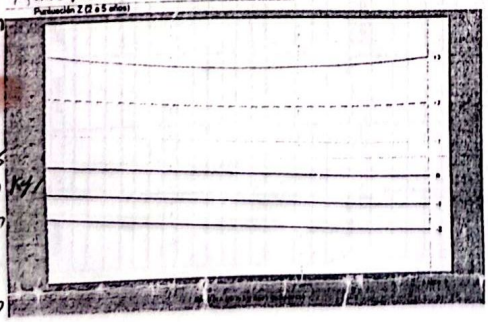
Perímetro Cefálico Niños



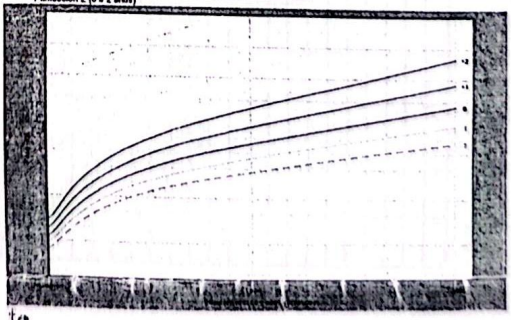
IMC para la Edad Niños



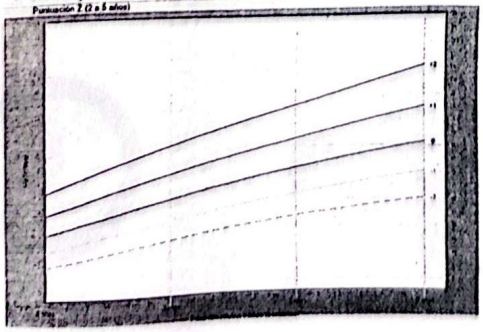
IMC para la Edad Niños



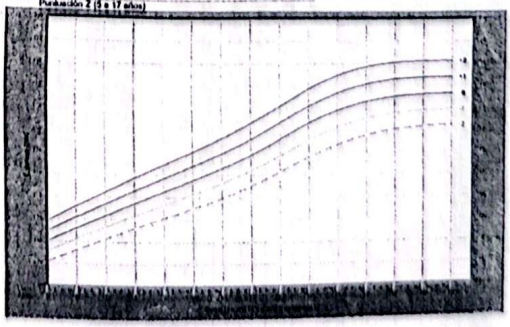
Peso para la Edad Niños



Peso para la Edad Niños



Talla para la Edad Niños



DISEÑO E IMPRESIÓN ANDRES PUBLIK SAS TEL 311-218-7663

Powered by CamScanner

Cita: 01 Septiembre 2018 Sarita

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				
	Cardipopatía 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

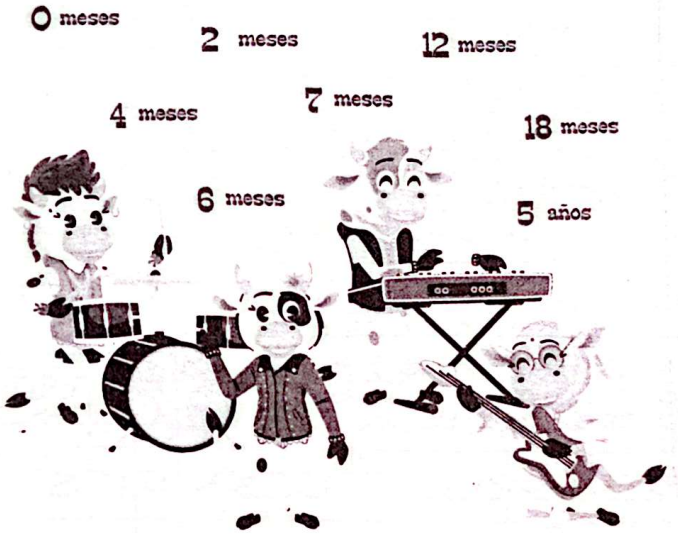
3 años					
4 años					
5 años					

*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

Abril Influenza

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Dana Antonella Rodriguez Gal
Fecha de nacimiento: 01 - Septiembre - 23
Nº de certificado de nacido vivo: 23097510631200
Registro civil: 1.080.768.921
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: O positivo
Peso al nacer: 2895 Talla: 47
Dirección: Vda Betania Sector Bolivar
Teléfono 1: 3202923908
Teléfono 2: 3205013269 Vecina
Responsable: Diva Liseth Garton Ultengo
Municipio de residencia: La Argentina
Departamento: Huila cc: 1.080.760.319

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Danna Antonella Rodriguez — Tipo identificación: — No. ID: 1.080.268.924.

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 Si ☐ No ☐											
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	02	09	23	Serum	037 1MA0 7 D	La Argentina	—	—	—	Leidy Mon
	Hepatitis B	Recién nacido	02	09	23	Serum	032 1Q0 1 B D	Juan Ramón	03	11	23	Leidy Mon
2 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	3	11	23	Bitthoven Biolog	22350 0 1 A	Ejeun Ramon	3	01	23	Leidy Rebolo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	3	11	23	Serum	285 1 4 0 3 7 B	Ejeun Ramon	3	01	23	Leidy Rebolo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	3	11	23	Serum	285 1 4 0 3 7 B	Ejeun Ramon	3	01	23	Leidy Rebolo
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	3	11	23	Serum	285 1 4 0 3 7 B	Ejeun Ramon	3	01	23	Leidy Rebolo
	Diarrea por rotavirus	1.ª	3	11	23	Glaxosmith.	A R 0 1 0 A 6 6 A B	Ejeun Ramon	3	01	23	Leidy Rebolo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	3	11	23	Pfizer	FF 9 9 2 5 — — —	Ejeun Ramon	3	01	23	Leidy Rebolo
4 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	3	01	24	Bitthoven Biolog	22350 1 A — —	Ejeun Ramon	2	03	24	Leidy Rebolo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	3	01	24	Serum	285 2 X 0 0 3 A —	Ejeun Ramon	2	03	24	Leidy Rebolo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	3	01	24	Serum	285 2 X 0 0 3 A —	Ejeun Ramon	2	03	24	Leidy Rebolo
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	3	01	24	Serum	285 2 X 0 0 3 A —	Ejeun Ramon	2	03	24	Leidy Rebolo
	Diarrea por rotavirus	2.ª	3	01	24	Glaxosmith.	A R 0 1 D 4 6 6 A B	Ejeun Ramon	—	—	24	Leidy Rebolo
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	3	01	24	Pfizer.	FF 9 9 2 5 — — — —	Ejeun Ramon	02	09	24	Leidy Rebolo
6 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	02	03	24	Bitthoven	22350 1 A — —	E. S E.	22	03		Silvis M. Bravo Gonzalez Auxiliar de Enfermeria Reg.
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	02	03	24	Serum	285 2 X 0 0 3 A —	Lunamar	22-03		24	
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	02	03	24	Serum	285 2 X 0 0 3 A —	La Merced				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	02	03	24	Serum	285 2 X 0 0 3 A —					
	Influenza estacional	1.ª	14	05	24	Butantan	24 00 0 7 9 10 0	Ejeun Ramon	14	06	24	Leidy Rebolo
7 meses	Influenza estacional	2.ª	14	06	24	Butantan	24 00 0 7 9 10 0	Ejeun Ramon	Pl	areuh		Leidy Rebolo
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	14	09	24	Serum	01 33 N 0 0 4 A —	Ejeun Ramon	—	—	—	Leidy Rebolo
12 meses	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	14	09	24	Pfizer.	6 X 1 9 1 2 — — —	Ejeun Ramon	—	—	—	Leidy Rebolo
	Varicela	2.ª	14	09	24	Merck Shap.	4 0 0 7 6 2 2 — — —	Ejeun Ramon	02	09	25	Leidy Rebolo
	Hepatitis A	Única	14	09	24	Sanofi	2 00 2 2 0 7 0 4 5 —	Ejeun Ramon	—	—	—	Leidy Rebolo
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	14	03	25	Bitthoven Biolog	23330 1 0 A — —	ESE. RIN.P	01	09	26	MILENA BRAVO
	Pentavalente	1.º refuerzo	14	03	25	Serum	2 85 3 X 0 2 0 19 —	ESEjuanRamon	—	—	—	MILENA BRAVO
	Fiebre amarilla	Única	14	03	25	Sanofi Pasteur	X 3 A 8 8 1 U — — —	ESEjuanRamon	—	—	—	MILENA BRAVO
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.º	14	03	25	Serum	U 1 5 3 N 0 0 5 A —	ESEjuanRamon	—	—	—	MILENA BRAVO
	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:	**DOCUMENTO:**
Danna Antonella Rodriguez Garcia	1.080.268.921.
CONTROL DE PLACA	
FECHA DE ATENCIÓN: 21 Octubre 2025	**PROXIMA FECHA:** 14 Abril 2026.
EXPEDIDO POR: Una Mayerly Tapia 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.: **10000771**
Fecha de Registro: 08-ago-2025
Historia No.: 1080268921

Entidad Administradora: **NUEVA EPS**

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	DANNA ANTONELLA RODRIGUEZ GAITAN	No.identificación :	RC: 1080268921
Sexo:	F	Edad :	1 Años
Ciudad de residencia:	LA ARGENTINA, HUILA	Estado civil:	MENOR DE EDAD
Dirección residencia:	, CENTRO	Teléfono:	3128023124

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : 12.95 Kg Talla : 83 cm

CAMPO VISUAL

Ojo Derecho : Visión normal Ojo Izquierdo : Visión normal

OBSERVACIONES GENERALES

MENOR DE 2 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, ESQUEMA DE VACUNACION ACORDE A LA EDAD, AL DIA EN CONTROL DE PRIMERA INFANCIA, 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

Liz Marcela López Cano
Médico General
R.M. 1087047832

Firma del profesional de la salud

Dirección: Calle 7 No. 4-90
Teléfonos: (98) 831-16-07, (98) 831-18-63

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): Danna Antonella Rodriguez.6 con RC No 1080.268.921 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 01 del mes Septiembre del año 2025, en el Municipio de la Argentina.

Olga Ulengo Rojas
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Zuri Vanesa Rojas L.
AGENTE EDUCATIVO

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 Danna Antonella Rodriguez Gaitan, identificado (a) con documento de identidad número 1080268.921, 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, Diva Lseth Gaitan Ultengo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1080.260.319, 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 Cornellas, 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: Olga Ultengo Rojas
Nombre: Olga Ultengo Rojas
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3115618582
Fecha: 01- septiembre – 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 Diva Liseth Gaitan Ultengo, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.080.260.319 de la Argentina, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Danna Antonella Rodriguez Gaitan, identificados con NUIP No. 1080268921, 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 01 días del mes 09 de 2025

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

Nombre: Olga Ultengo Rojas

Firma: Olga Ultengo Rojas

CC. No. 53120577

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Zuri Vanesa Rojas Lizcano

Firma: Zuri Vanesa Rojas L

CC. No. 1061795142

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 01/09/2025 Por medio de la presente acta Yo Diva Liseth Gaitan U. identificada con CC número 1080260319, acudiente o responsable del beneficiario Damna Antonella Rodriguez G. 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.*

Olga Ullengo Rojas

Firma Madre/Padre/Cuidador

C.C 53120527

Zuly Vanessa Rojas L

Firma Equipo Agente Educativo

C.C 1061795142

Huella niño o niña



Powered by CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.080.260.319



Apellidos
GAITAN ULTENGO

Nombres
DIVA LISETH

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.63	F

Fecha de nacimiento
11 OCT 2004

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
LA ARGENTINA (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
20 ENE 2023, LA ARGENTINA

Firma

Lizgaitan

Fecha de expiración
21 ENE 2033

.CO

015100076

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL015100076219047<<<<<<<<<<<
0410117F3301214COL10802603193<3
GAITAN<ULTENGO<<DIVA<LISETH<<<

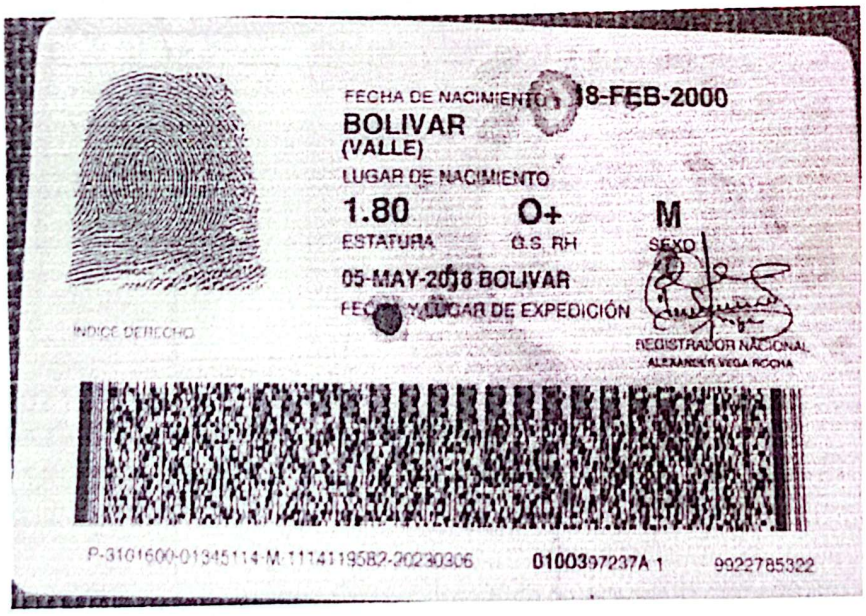
Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.114.119.582
RODRIGUEZ PEREZ
APELLIDOS
JUAN DANIEL
NOMBRES

Juan Rodrigues
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-FEB-2000
BOLIVAR
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
05-MAY-2018 BOLIVAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-3101600-01345114-M-1114119582-20230306 0100397237A 1 9922785322

Powered by CamScanner

20

CEDULA DE CIUDADANIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

NUIP 53.120.577



Apellidos
ULTENGO ROJAS

Nombres
OLGA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.57	F

Fecha de nacimiento
16 JUN 1984

G.S
O+

Lugar de nacimiento
LA ARGENTINA (HUILA)

Fecha y lugar de expedicion
04 OCT 2002, BOGOTA D.C.

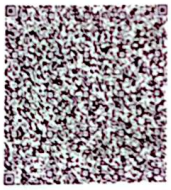
Firma
Olga Ultengo Rojas

Fecha de expiración
23 NOV 2032

010210136 - 1



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



IDCOL0102101362150O1<<<<<<<<<<
8406169F3211234COL53120577<<<3
ULTENGO<ROJAS<<OLGA<<<<<<<<<<

Powered by CamScanner

ElectroHuila

AUTORETENEDORES DE RENTA, RESOL. No 9...
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN
RESOL. 000855 DEL 14/07/16 DIAN BOMOR GRADES 9.90
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR
DEL 08/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

FACTURA DE VENTA No. 87111136

Documento equivalente según artículo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 27/JUL/2025

CODIGO CUENTA NIU
253421
ulta y pago electrónicos
m.co FT -CFE -05 -001

AL A PAGAR
23.900

FECHAS DE LECTURAS
18/MAY/2025
07/JUL/2025
FECHA SUSPENSION 29/JUL/2025

INFORMACION CLIENTE

Cliente	BURBANO MARIA EDELMIRA	Nit CC	211385
Direcc	VDA BETANIA	Ruta	6920530810
Municipio	LA ARGENTINA	Ciclo	070
Clase Servicio	Residencial	Estrato	2

INFORMACION TECNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6500156
Carga Contratada	230	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.A...	Factor	Consumo (kwh)
56947	KRI	A	S	00	18150	1810...	1	46

...sidio Cuenta 32 Consumo Año Anterior ...

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
JUN	46
ABR	32
FEB	36
DIC	29
OCT	26
AGO	13
JUN	20

CALID... ...L SERVICIO

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

ULTIMO PAGO

Fecha 15/05/2025
Valor $ 16200

LIQUIDACIÓN CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
23.0	1022.393 =	23469
23.0	1028.4586 =	23655

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

Valor Total Energía del Periodo	$	47.124
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 22.555
Valor Total Energía Facturado	$	24.569

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO PERIODO	$ 47.124
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 1.228
AJUSTE DECENA	$ - 4
COMPENSACIÓN CALIDAD INDIVID...	$ - 1.893
...SIDIO	$ - 22.555

OTROS CARGOS	$	U
ALUMBRADO P	$	1.228
VALOR ELECTROHUILA	$	22.672

TOTAL A PAGAR
$ 23.900

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

FOB: Consumo Kwh $/Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 388.0 Tm: 56.0 PRn,m: 78.0 Dn,m: 299.0 Rm: 39.0 Cv,m: 1
65.0 CUv,n,m: 1028.4586 ($/Kwh)

CREDIVALORES

...ALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

Powered by CamScanner

seguros mundial®

Accidentes personales

Protegemos tus pasos



Línea de atención

Línea nacional:
01 8000 112 684
en caso de accidente.

Conoce nuestra red médica

Página web:
www.segurosmundial.com.co

Nº Póliza: 2000514572

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: DANNA ANTONELLA RODRIGUEZ GAITAN

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1080268921	2025/09/01	2026/02/24

Muerte Accidental	$5.000.000,00	Gastos Médicos	$4.000.000,00

En caso de accidente comunícate a nuestra línea **018000112684.**
Para más información acerca de la póliza comunícate a nuestras líneas:

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

www.segurosmundial.com.co

Powered by CamScanner