

 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 EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR**

UDS VILLA DEL CAMBIS 2 ROSARIO
 PARTICIPANTE: DYLAN ANDRES PALECHOR PENA
 RC _ No. 1.080.269.213



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 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	✓		



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

63547870

NUIP	1.080.269.213
------	---------------

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	L 2 B
---	----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--	--	--------	-------

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	PALECHOR.	Segundo Apellido	PENA.
Nombre(s)			
DYLAN ANDRES.			
Fecha de nacimiento	Año	Mes	Día
	2024	DIC	31
Sexo (en letras)	MASCULINO.		
Grupo sanguíneo	O.		
Factor RH	POSITIVO.		
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección)			
COLOMBIA HUILA LA ARGENTINA.			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.

Número certificado de nacido vivo

24123211262269.

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

PENA ROJAS ELIZABETH.

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.004.153.064.

Nacionalidad

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

PALECHOR LUNA ROBINSON.

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.080.262.291.

Nacionalidad

COLOMBIA.

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PENA ROJAS ELIZABETH.

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.004.153.064.

Firma

Elizabeth Pena Rojas

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

Año

2025

Mes

ENE

Día

07

Nombre y firma del funcionario que autoriza

MANUEL JESUS LATORRE ADARME - REG

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Robinson Palechor

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

07 ENE 2025

ESTAMPADO: ESTE RECONOCIMIENTO FORMALIZA EL REGISTRO DE LA CIUDADANÍA QUE SEPOSA EN LOS REGISTROS DE LA REGISTRADURIA

MANUEL JESUS LATORRE ADARME REGISTRADOR MUNICIPAL

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



Registro válido

A3

Fecha de consulta:

04/09/2025

Ficha:

41378012504400000061

Pobreza extrema**DATOS PERSONALES**

Nombres: DYLAN ANDRES

Apellidos: PALECHOR PENA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080269213

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

16/09/2022

Última actualización ciudadano:

01/11/2022

Última actualización vía 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 VALD

Dirección:

Calle 6 No 3 -

Teléfono:

31766179

Correo Electrónico:

administradorsisben@laargentina-huila.gov



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	1080269213
NOMBRES	DYLAN ANDRES
APELLIDOS	PALECHOR PENA
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	31/12/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 09/07/2025 17:48:02 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

	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 VILLA DEL CAMBIS 2 ROSARIO, 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): Dylan Andries Palechor Pena con RC No 1080269213 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.

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).

- 1) 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.
- 2) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) transite al Sistema de Educación Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
- 3) 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).
- 4) 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 06 del mes MARZO del año 2025, en el Municipio de LA ARGENTINA HUILA.

Elizabeth pena Rosa
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Ierly Daniela Bravo Iasso
AGENTE EDUCATIVA

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	F2 P2.CE	15/07/2021
		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 Dylan Andries palector pena, identificado (a) con documento de identidad número 1080269213, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	☒	Audios	☒	Videos	☒	Otros datos personales	☒
--------------	-------	-------------------------------------	--------	-------------------------------------	--------	-------------------------------------	------------------------	-------------------------------------

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Elizabeth Peña Rojas, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004153064 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	☒	Audios	☒	Videos	☒	Otros datos personales	☒
--------------	-------	-------------------------------------	--------	-------------------------------------	--------	-------------------------------------	------------------------	-------------------------------------

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por CORHUELLAS, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA.

Suscriben:

Firma: Elizabeth Peña Rojas
 Nombre: Elizabeth Peña R.
 Calidad - Titular: Representante legal:
 Teléfono de contacto: 3172399405
 Fecha: 06 - Mayo - 2023
 Municipio: La Argentina H.

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Elizabeth Pena Rojas, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1004153064 de la Argentina H., padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Dylan Andres Palechor Pena, identificados con NUIP No. 1080269213, usuario de la unidad de servicio VILLA DEL CAMBIS 2 ROSARIO, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en LA ARGENTINA HUILA, a los 06 días del mes MARZO de 202(5)

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

Nombre: Elizabeth Pena Rojas

Firma: Elizabeth P. R

CC. No. 1004153064

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Andrea Yisela Moreno

Firma: Andrea Yisela Moreno

CC. No. 1080262011

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.004.153.064**

PENA ROJAS

APELLIDOS

ELIZABETH

NOMBRES

ELIZABETH PENA ROJAS

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-ABR-1993**

LA ARGENTINA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

O-

G.S. RH

F

SEXO

16-MAR-2012 LA ARGENTINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1904700-00380809-F-1004153064-20120531

0030109989A 1

36517222

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.080.262.291**
PALECHOR LUNA

APELLIDOS
ROBINSON

NOMBRES

Robinson

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-MAY-1988**

LA ARGENTINA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

07-NOV-2008 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1904700-00204129-M-1080262291-20091218

0019170576A 1

5020146186

REGISTRADORA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero
a Siempre

Ciudad La Argentina Huilo
 Nombre completo de la niña o niño Dylan Andres Palechor Pena
 Fecha de nacimiento 31 12 2024 N° Documento de Identidad 1080269213
 Sexo ☒ Masculino ☐ Femenino Fecha de salida de atención en el año 06 03 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Daniela Bravo
 Fecha de registro cualitativo 28 05 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  Perfil de desarrollo
 valoración cualitativa Alerta ☐ Esperado ☒ Avanzado ☐
 Observaciones generales

Se observa un bebé tranquilo, sonríe al hablarle y demostrarle afecto.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Mariu Lopez German
 Fecha de registro cualitativo 22 08 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  Perfil de desarrollo
 valoración cualitativa Alerta ☐ Esperado ☒ Avanzado ☐
 Observaciones generales

Dylan es un niño muy activo y risueño en la segunda valoración cualitativa el niño arrojó un perfil de desarrollo esperado lo cual indica que el niño según su edad va bien en el desarrollo de las dimensiones.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador
 Fecha de registro cualitativo 07 11 2025
 Rango de edad ☐ 0 a 6 meses ☐ 6 meses y 1 día a 12 meses ☐ 1 año y 1 día a 2 años ☐
☐ 2 años y 1 día a 3 años ☐ 3 años y 1 día a 4 años ☐ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ☐
 Color de registro  Perfil de desarrollo
 valoración cualitativa Alerta ☐ Esperado ☐ Avanzado ☐
 Observaciones generales

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

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

Valoración Cualitativa	Relación con los demás										Relación consigo mismo/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	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a																				
	1a	2a	3a	1a	2a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a																				
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	6 7	6 7	8 9	8 9	10 10	10 10	11 11	11 12	12 13	12 13	13 13	14 15	14 15	16 16	16 17	17 17	17 18	18 18	19 19	19 20	20 21	21 21	22 22	22 23	23 24	24 24	25 25					
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	5 6	5 6	7 8	7 8	9 10	9 10	10 11	10 11	11 12	11 12	12 13	12 13	13 14	13 14	15 16	15 16	17 18	17 18	18 19	18 19	19 20	19 20	20 21	20 21	21 22	21 22	22 23					
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	5 6	5 6	7 8	7 8	9 10	9 10	10 11	10 11	11 12	11 12	12 13	12 13	13 14	13 14	15 16	15 16	17 18	17 18	18 19	18 19	19 20	19 20	20 21	20 21	21 22	21 22	22 23					
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	6 7	6 7	8 9	8 9	10 11	10 11	11 12	11 12	12 13	12 13	13 14	13 14	15 16	15 16	17 18	17 18	18 19	18 19	19 20	19 20	20 21	20 21	21 22	21 22	22 23	22 23	23 24					
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8 9	6 7 8 9	9 10 11	9 10 11	10 11 12	10 11 12	11 12 13	11 12 13	12 13 14	12 13 14	13 14 15	13 14 15	14 15 16	14 15 16	15 16 17	15 16 17	17 18 19	17 18 19	18 19 20	18 19 20	19 20 21	19 20 21	20 21 22	20 21 22	21 22 23	21 22 23	22 23 24	22 23 24						
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8 9 10	6 7 8 9 10	10 11 12 13	10 11 12 13	11 12 13 14	11 12 13 14	12 13 14 15	12 13 14 15	13 14 15 16	13 14 15 16	14 15 16 17	14 15 16 17	15 16 17 18	15 16 17 18	16 17 18 19	16 17 18 19	18 19 20 21	18 19 20 21	19 20 21 22	19 20 21 22	20 21 22 23	20 21 22 23	21 22 23 24	21 22 23 24	22 23 24 25	22 23 24 25	23 24 25 26	23 24 25 26						

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES
PROTEGEMOS
TUS PASOS



Línea de Atención:

#899
 desde celular

Bogotá: 327 4712 / 327 4713
 Nacional: 01 8000 111 935



N° Póliza:

2000514571

Tomador:

CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado:

DYLAN ANDRES PALECHOR PENA

ID Asegurado:

1080269213

Vigencia Desde:

2025/02/24

Vigencia Hasta:

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, comuníquese a nuestras líneas de atención

#899
 desde celular

BOGOTÁ

3274712 / 3274713

NACIONAL

01 8000 111 935





CONTROL ODONTOLÓGICO DE PROMOCION
Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

NOMBRE: <u>Dylan Andries Palechor Peña</u>	DOCUMENTO: <u>1080209213</u>
CONTROL DE PLACA	TOPICACION DE FLUOR
FECHA DE ATENCION: <u>09-Agosto-2025</u>	FECA DE ATENCIO: <u>09-Agosto-2025</u>
PROXIMO CONTROL: <u>09-Febrero-2026</u>	PROXIMO CONTROL: <u>09-Febrero-2026</u>
EXPEDIDO POR: <u>Carolina Bolaños Vargas</u> <u>Aux. Salud Oral</u> <u>C.C. 1080206471</u>	



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL



Carné de Vacunación



Nombres y Apellidos Dilan Andres
Palechor Pena
24123215262269



Tipo de Documento

1-080-269-213

No. de Documento

Fecha de Nacimiento

31 12 2024

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: D+

Sema. 37-6

Peso al nacer: 3425

Talla: 48

Dirección:

Lourdes la Butca

Teléfono 1:

3172399405

Teléfono 2:

3154368984

Responsable:

Elizabeth Pena Rojas

Municipio de residencia:

La Argentina

Departamento:

Huila

Powered by  CamScanner

