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: KEYDAN ANDREY PENA BOLAÑOS
RC _ No. 1.080.269.315

DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotografia fisica, 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	✓		

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.080.269.315

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63547992

63547992

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
PENA	BOLAÑOS

Nombre(s)

KEYDAN ANDREY

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes JUL Día 12	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	25079610228377

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

BOLAÑOS SANCHEZ MARIA TERESA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.261.868	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

PENA ROJAS EDERNEY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.260.470	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BOLAÑOS SANCHEZ MARIA TERESA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.080.261.868	María Teresa B.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes JUL Día 18	MANUEL JESUS LATORRE ADARME - REG Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
EDERNEY PEÑA ROJAS Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

39153589-9

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

Manuel Jesus Latorre Adarme
Registrador Municipal

18 III 2025

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

A3

Fecha de consulta: 04/09/2025

Ficha: 41378012504400000061

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: KEYDAN ANDREY

Apellidos: PENA BOLAÑOS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080269315

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/09/2022

Última actualización ciudadano: 01/11/2022

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 VALD

Dirección: Calle 6 No 3 -

Teléfono: 31766179

Correo Electrónico: administradorsisben@laargentina-huila.gov

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	1080269315
NOMBRES	KEYDAN ANDREY
APELLIDOS	PENA BOLAÑOS
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	12/07/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/04/2025 20:18:24	**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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

Powered by CamScanner

CARNÉ DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL MENOR DE 10 AÑOS

Nombres y Apellidos: Keyclan Andrey Perez Polanco

Fecha de Nacimiento: 12 Julio 2023

Número de Registro Civil: 1080264315

Nombre del Responsable: Maria Teresa Polanco Sanchez

Parentesco: Madre

Dirección: El Pescaito

Número de Teléfono / Celular: 322703 2424

Peso al nacer: 2830 gr

Talla al nacer: 47 cm

Tipo de Sangre: O+ SO: 38 Eps: Nueva eps

TSH:



Que a ningun niño le falte
UNA ESCALERA
Para llegar s sus sueños





Powered by CamScanner

CONTROL DE CITAS

FECHA	HORA	NOMBRE DE QUIEN ATENDIÓ
15 Agosto 2025	8AM	Medico Jeferson Bolivar
18 Octubre 2025	8AM	

Powered by CamScanner

FECHA	EDAD EN MESES	PESO	TALLA	PERIMETRO CEFALICO	PERIMETRO BRAQUIAL	FIRNA DEL PROFESIONAL
15.08.2025	1d	3,440 kg	51 cm.	36		

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 **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): Keydon Andrey Pena B. con RC No 1080269315 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 AGOTO del año 2025, en el Municipio de LA ARGENTINA HUILA.

María Teresa Bolaños
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

María Lopez Guzman
AGENTE EDUCATIVA

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 Beyden Andrey Pena Bolaños, identificado (a) con documento de identidad número 1080269315, 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, Maria Teresa Bolaños, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1080261868, 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: Maria Teresa Bolaños
Nombre: Maria Teresa Bolaños
Calidad - Titular: ✓ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3227052424
Fecha: 06 - Agosto - 2025
Municipio: La Argentina H.

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

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

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 María Teresa Bolaños, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1080261868 de La Argentina, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Keydan Andrey pena Bolaños, identificados con NUIP No. 1080269315, 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 AGOSTO de 202(5)

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

Nombre: María Teresa Bolaños

Firma: María Teresa Bolaños

CC. No. 1.080.261.868

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Andrea Yisela Moreno

Firma: Andrea Yisela Moreno

CC. No. 1080262011

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.080.261.868
BOLAÑOS SANCHEZ
APELLIDOS
MARIA TERESA
NOMBRES

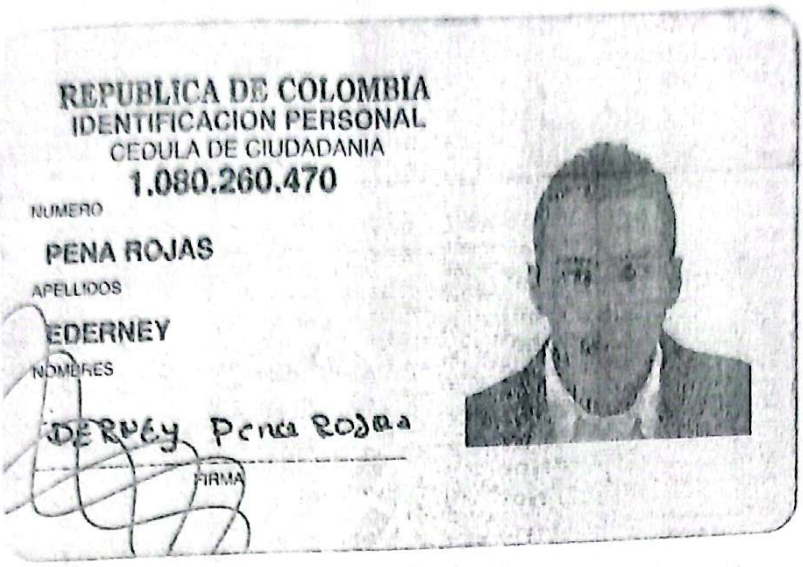
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-ABR-1989
LA ARGENTINA (PLATA VIEJA)
LA ARGENTINA (HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
14-ENE-2008 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

P-1904700-00106664-F-1080261868-20081021 0004674636A 3 22366944

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.080.260.470
NUMERO

PENA ROJAS
APELLIDOS

EDERNEY
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-DIC-1986
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
27-ENE-2005 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO

P-1904700-50136021-M-1080260470-20050505 04607 05125A 02 139932494

Powered by CamScanner

ElectroHuila

SU CODIGO CUENTA NIU

606545274

TOTAL A PAGAR

$ 11.260

FACTURA DE VENTA No. 84685738

Documento equivalente según artículo 5 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 29-ENE-2025

FECHA DE EXPEDICION 09-NOV-2024

FECHA SUSPENSION 31-ENE-2025

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	PEÑA ROJAS EDERNEY	Nit CC	1080260470
Dirección	VIA EL ROSARIO	Ruta	6920590190
Municipio	LA ARGENTINA	Ciclo	070
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6515126
Carga Contratada	0	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	TE	TM	Obs	Lec Actual	Lec Ante.	Factor	Consumo (kwh)
65771940SCHN	A	S		00	5051	5025	1	26

Promedio Consumo 12 Consumo año Anterior 26 Consumo Anterior 26

ULTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
DIC	26
OCT	26
AGO	9
JUN	9
ABR	11
FEB	25
DIC	26

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU:	DIU:	MC:
EC:	VC:	VCD:
MCF:	CEC:	

Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 18/11/2024
Valor $ 23437

LIQUIDACIÓN CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)	Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
13.0	968.574 =	12773			
13.0	995.5245 =	12773			

Valor Total Energia del Periodo	$	25.546
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 14.827
Valor Total Energia Facturada	$	10.719

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR PESOS
CONSUMO PERIODO	$ 25.546
INCLUEST. ALUM. PUBL CC	$ 536
AJUSTE PEÑA	$ 5
SUBSIDIO	$ - 14.827

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	536
VALOR ELECTROHUILA	$	10.724

TOTAL A PAGAR

$ 11.260

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

FECHA	Consumo Kwh	Valor $	No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 419.0 Tm: 55.0 PRn,m: 96 0 Dn,m: 263.0 Rm: 3.0 Cv,m: 14 5.0 Cov,n,m: 982.5245 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
Nit:891.180.001-1

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
Nit: 891.180.001-1

Código de Cuenta : 606545274
Factura de Servicios Públicos No: 84685738
Periodo DIC 2024 Fecha de Vencimiento: 29/ENE/2025
Suspensión a partir de: 31/ENE/2025

Valor Total a Pagar $ 11.260

(415)7707274499679(8020)2605:45274(3900)000011260(96)20250129

Señor cajero favor dejar libre de sellos tanto el frente como el reverso de esta factura

SAM) Version 1.2.1 240812:17 Lector 7401

Powered by CamScanner

seguros mundial®

Accidentes personales

Protegemos tus pasos

Línea de atención

Línea nacional

01 8000 112 684

en caso de accidente.

Página web:

www.segurosmundial.com.co

Conoce nuestra red médica

Nº Póliza: 2000514571

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: KEYDAN ANDREY PEÑA BOLAÑOS

ID Asegurado: 1080269315 | Vigencia Desde: 2025/08/01 | Vigencia Hasta: 2026/02/24

Muerte Accidental $5.000.000,00

Gastos Médicos $4.000.000,00

En caso de accidente comunícate a nuestra línea **018000112584.**

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

Vacunar Oportunamente

Garantiza la Protección

Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

Ministerio de Salud y Protección Social

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO

Tipo neonatal

Auditivo OEA/PEAA

Cardiopatía Congénita

Visual

Normal

Alterado

ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

ATENCIÓN EN SALUD ORAL - HIGIENE ORAL

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (EV), PEDIATRÍA (PE) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha Día	Fecha Mes	Fecha Año	Valoración Nutricional Peso	Talla	Promoción P	Atención en salud por
Al nacer							
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							

PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Keyber Andrey Pena Bolaños

CNV 1504960118744

Tipo de Documento: X

No. de Documento: 1060 269 315

Fecha de Nacimiento: 12 07 2015

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: O positivo

Peso al nacer: 2600 Talla: 47

Dirección: Vda. El Cedano

Teléfono 1: 3117054924

Teléfono 2: 3225833216

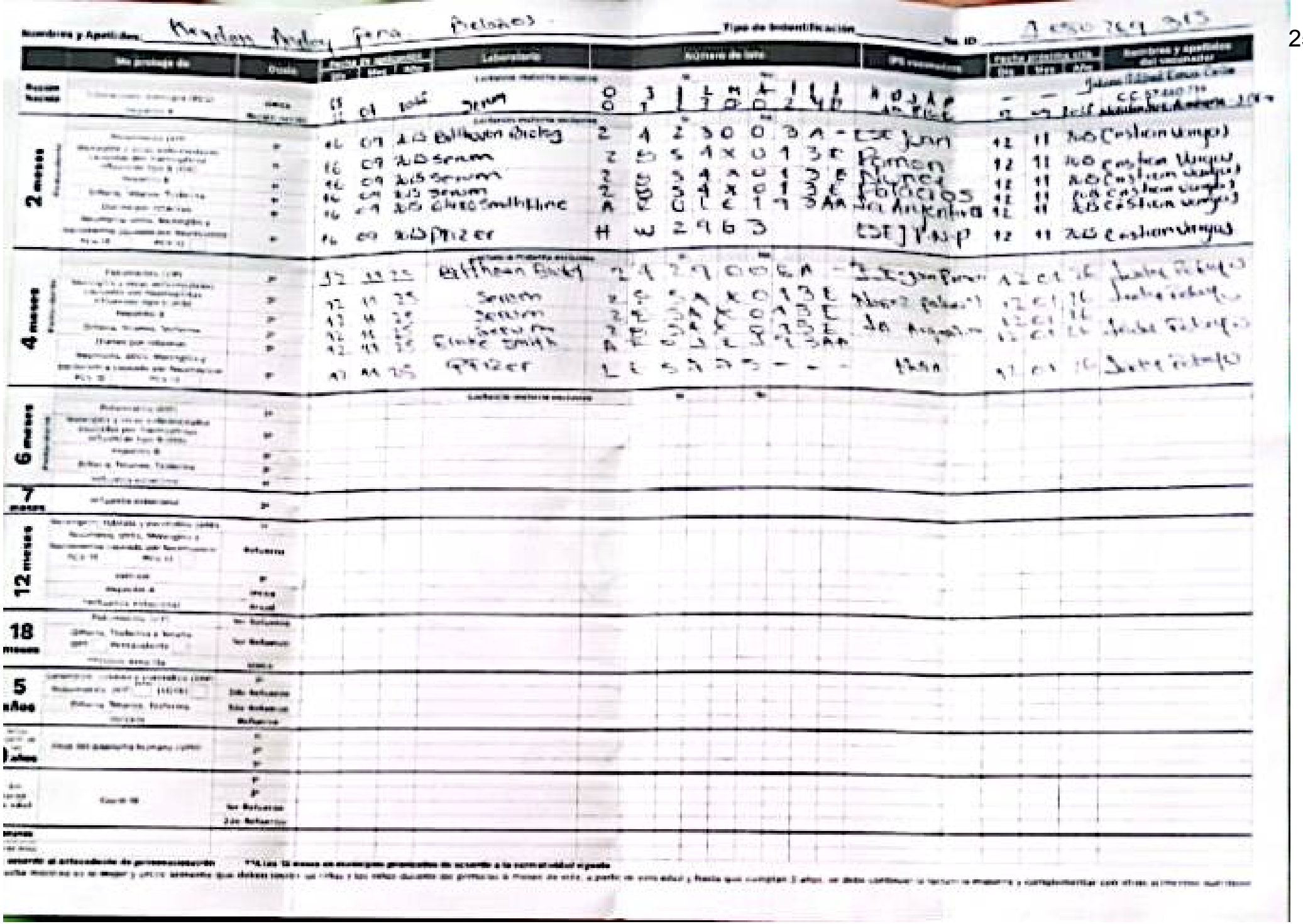
Responsable: 1° Tercer Bolaños S

Municipio de residencia: San Jorge

Departamento: Nariño

C.C. 1085261515

Powered by CamScanner



Nombres y Apellidos: Kenlyn Andrea Jara Pichardo — Tipo de Identificación: — No ID: 1 [illegible]

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación	Laboratorio	Número de lote	Vía	Fecha próxima cita	Nombres y apellidos del vacunador
2 meses		11 01 [illegible]	3mm	0 0 1 1 0 2 4 6	[illegible]	— —	[illegible]
	P	16 09 20	Bilhuen Biotg	2 1 2 3 0 0 3 A	ESE Juan	12 11 20	[illegible]
	P	16 09 20	Serum	2 5 5 1 X 0 1 3 E	Ramon	12 11 20	[illegible]
	P	16 09 20	Serum	2 [illegible] 1 X 0 1 3 E	Nunez	12 11 20	[illegible]
	P	16 09 20	Serum	2 [illegible] 1 X 0 1 3 E	Tobacos	12 11 20	[illegible]
	P	16 09 20	GlaxoSmithline	A [illegible]	[illegible]	12 11 20	[illegible]
	P	16 09 20	Pfizer	H W 2 9 6 3	ESE Juan	12 11 20	[illegible]
4 meses	P	12 12 25	Bilhuen Biotg	2 1 2 1 0 0 6 A	ESE Juan Pablo	12 01 26	Jade Rivera
	P	12 11 25	Serum	2 5 5 1 X 0 1 3 E	Nunez Pablo	12 01 26	Jade Rivera
	P	12 11 25	Serum	2 [illegible] 1 X 0 1 3 E	[illegible]	12 01 26	[illegible]
	P	12 11 25	Serum	2 [illegible] 1 X 0 1 3 E	[illegible]	12 01 26	[illegible]
	P	12 11 25	GlaxoSmith	A [illegible]	[illegible]	12 01 26	Jade Rivera
	P	11 11 25	Pfizer	L [illegible]	ESE	11 01 26	Jade Rivera
6 meses	P						
	P						
	P						
	P						
	P						
7 meses	P						
12 meses	Refuerzo						
	P						
	[illegible]						
	[illegible]						
18 meses	No Refuerzo						
	No Refuerzo						
	[illegible]						
5 años	P						
	No Refuerzo						
	No Refuerzo						
	Refuerzo						
[illegible] años	P						
	P						
	P						
	P						
	P						
	No Refuerzo						
	2do Refuerzo						

Usuario al antecedente de prematuridad: **Nota:** La vacuna se administra preferiblemente de acuerdo a la edad cronológica ajustada

Powered by CamScanner