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 GESTANTES PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR

UDS CDI *MANOS AMIGAS UA1*
PARTICIPANTE: *NORMA ISABEL SUNS PINZON*
TI _ CC__ No. *1.193.155.832*



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotografía física, ésta ira 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. – o 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	✓		

Scanned with CamScanner

Fotocopia del control prenatal	Seguimiento	Cada vez que el participante asista a la valoración según esquema establecido	✓		
Copia del carnet de vacunación actualizado según la edad gestacional	Seguimiento	Cada vez que el participante asista según el PAI	✓		
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 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	✓		

Scanned with CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 08/09/2025

Ficha: 19517102462500000176

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: NORMA ISABEL

Apellidos: SUNS PINZON

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1193155832

Municipio: Páez

Departamento: Cauca

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 28/03/2023

Última actualización ciudadano: 28/03/2023

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: JOSE ARMANDO GARCIA

Dirección: Carrera 2 No 6 - 1

Teléfono: 8252406 - 3148910707

Correo Electrónico: sisben@paez-cauca.gov.co

Scanned with 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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1193155832
NOMBRES	NORMA ISABEL
APELLIDOS	SUNS PINZON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA ARGENTINA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/08/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/08/2025 17:56:12	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

Scanned with 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 CON PADRES O CUIDADORES DE DOCUMENTOS FALTANTES Y/O DESACTUALIZADOS

La Argentina, Huila 02 septiembre 2025

Yo Norma Isabel Suns Pinzon identificado (a) con N. de Cedula y/o Tarjeta de Identidad 1.193.155.832 participante de la UDS DOI Manos Amigas de la Modalidad Educación Inicial en el Hogar, teniendo en cuenta que como madre/Padre y/o cuidadora del participante: ——— identificado con N° RC: ———, doy fe que desde el momento que solicite el cupo en la Modalidad Educación Inicial en el Hogar se me informó de manera clara los compromisos que se adquieren al participar de los programas de Primera Infancia, comprometiendo a realizar todos los trámites necesarios para garantizar los derechos en salud de mi hijo (a), me comprometo a tener y a garantizar la entrega de copia del documento faltante: **(Marcar con una X el o los documentos faltantes)**

- Afiliación a salud ☐
- Sisbén ☒
- Carné vacunas ☐
- Valoración integral ☐
- Documento identidad ☐
- Higiene oral ☐

Estando en mutuo acuerdo firman el acta de compromiso las dos partes comprometiéndose el padre/madre y/o acudiente a entregar los documentos faltantes con un plazo máximo el día 30 del mes 09 del año 205.

En constancia firman,

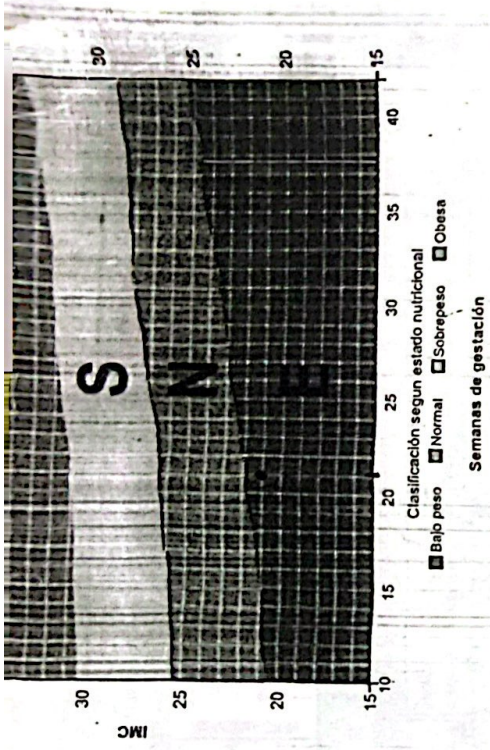
Viviana Tv

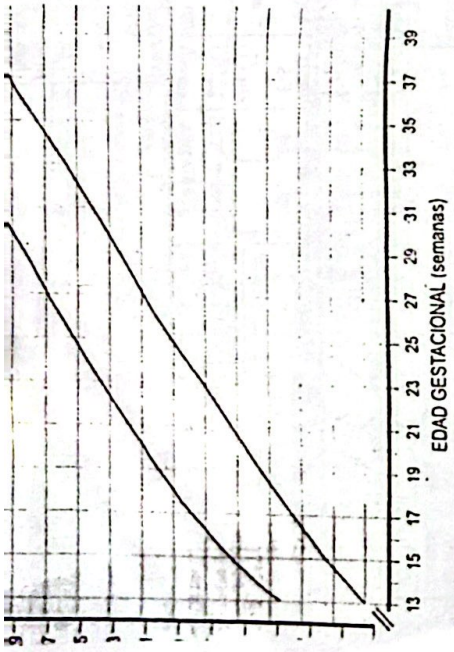
Firma del Agente educativo

Norma Isabel Suns P.

Firma del Padre/Madre y/o acudiente

Scanned with CamScanner





No.	Día	Mes	Hora	Consultorio
1	17	Enero	7:00 A.M.	IBCO
2	15	Febrero	7:00 A.M.	2025
3	14	Marzo	7:00 A.M.	2025
4	11	Abril	7:00 A.M.	2025
5	16	Mayo	7:00 A.M.	2025
6	20	Junio	7:00 A.M.	2025
7	25	Julio	7:00 A.M.	2025
8	22	Agosto	2:00 P.M.	2025
9	05	Sep.	8:30 A.M.	2025
10				
11				
12				

HOSPITALIZACIÓN	INGRESO		EGRESO	
	Día	Mes	Día	Mes

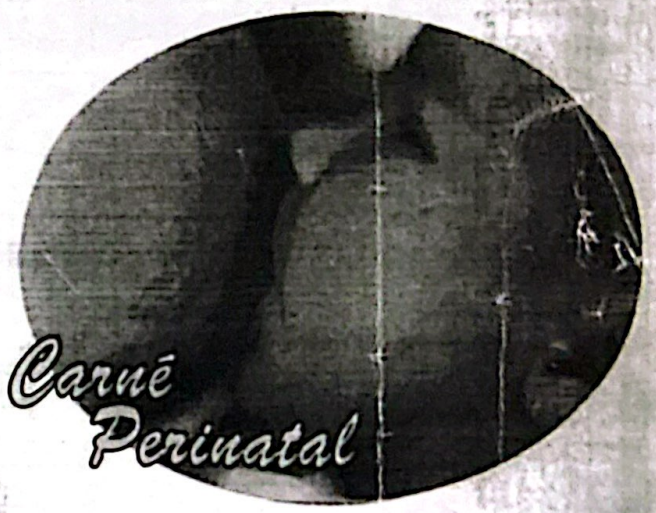
OBSERVACIONES

Vacuna Influenza Lote U60628003 Fecha 16-5-25 Resp. Layd.
Vacuna Toxoide Lote Sanofi 2333K043B 16-5-25 Layd
20-06-25 Dptecelu Lot. GlaxoSmith AC3384KAA Jeidy Pabon

boostrix
LOT/ EXP: AC37D466AA 03-2027

E.S.E. JUAN RAMÓN NUÑEZ PALACIOS
NIT. 813.010.966-1 TEL.: 831 1607
LA ARGENTINA - HUILA

IIAMI INICIATIVA INSTITUCION AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA



El embarazo no es una enfermedad pero exige vigilancia del equipo de salud para evitar complicaciones.

Es importante que su primera consulta al Centro de salud sea lo mas pronto posible.

Cumpla con las citas y las recomendaciones que le sean dadas.

Este carné contiene información indispensable para su salud y la de su hijo. Llevelo con ud. en todo momento y entreguelo al equipo de salud toda vez que requiera una atención, ya sea para el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo.

EN CASO DE EXTRAVÍO SE RUEGA DIRIGIRSE A:

NOMBRE: Norma Isabel Sosa Pinzon
DOMICILIO: El Carmen - 1193155832
TELÉFONO: 3172840921

Scanned with CamScanner

HISTORIA CLINICA PERINATAL · CLAP · OPS/OMS

NOMBRE: Norma Isabel Suas. pinzón
DOMICILIO: Vl. carmen sector cortes plan.
LOCALIDAD: 3143513317
TELEF: 3172840921

FECHA DE NACIMIENTO (día mes año): 10 07 9
EDAD (años): 24 (< de 16 / > de 40)
RAZA: blanca / indígena / mestiza / negra / otra
ALFA BETA: si / no
ESTUDIOS: ninguno / primaria / secund. / univers. / años en el mayor nivel: 7°
ESTADO CIVIL: unión casada / estable / soltera / otro
CONTROL PRENATAL EN:
PARTO EN:
NUMERO IDENTID: CC 1195155822
REGIMEN: CONT. SUB VIN OTRO
NOMBRE EPS/ARS: Nueva E.P

ANTECEDENTES

FAMILIARES / PERSONALES (no / si): TBC · diabetes · hipertensión · preeclampsia eclampsia · otros

cirugía tracto reprod. · infertilidad · VIH + · cardiop/ nefrop · cond. médica grave

OBSTETRICOS

ULTIMO PREVIO: 03
<2500g · >4000g · preeclampsia-eclampsia

gestas previas: 02 — abortos: 01 — vaginales: — — nacidos vivos: 01 — vivos: 01
3 espont. consecutivos
partos / cesáreas: 1
nacidos muertos
muertos 1 sem. / después 1 sem.

FIN EMBARAZO ANTERIOR (día mes año): 1007 19 (menos de 5 meses / más de 5 años)
EMBARAZO PLANEADO si / no: Aceptó
FRACASO METODO ANTICONCEP.: no usaba · barrera · DIU · píldora · dispositivo natural

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR: 51 Kg — TALLA (cm): 152
FUM (día mes año): 1,2,12,24 — FPP:
EG CONFIABLE por FUM / Eco <20 s.: si / no
MOVIM. FETALES desde (día mes):
CIGARRILLOS POR DIA (0= no fuma):
ALCOHOL / DROGAS (no / si)
ANTITETANICA: vigente si / no — DOSIS 1° / 2° MES GESTACION
ANTIRUBEOLA: previa / no sabe / embarazo / no
EX. NORMAL si / no: ODONT. · MAMAS · CERVIX

BACTERIURIA (− / + / no se hizo)
GRUPO Rh: B + / − — Sensibil. no / si
PAPANICOLAOU vigente: solicitado / no solicitado
VIH solicitado: si / no
VDRL/RPR <20 sem (− / + / no se hizo)
SIFILIS confirmada por FTA: no / si / no se hizo
VDRL/RPR ≥20 sem (− / + / no se hizo)
Hb <20 sem: , g — <11.0g
Fe/FOLATOS indicados: Fe si / no — Folatos si / no
Hb ≥20 sem: , g — <11.0g
ESTREPTOCOCO B 35 - 37 semanas (− / + / no se hizo)
PRESENTACION intento versión externa: si / no / cefálica

Año	Día/Mes/Año	edad gest.	peso	Presión Arterial	altura uterina	presentación	latidos fetales	signos de alarma, exámenes, tratamientos	próxima cita Día/Mes/Año
1	17/09/25	5.1	51 kg	119					
2	14/02/25	11.6	49.7K	100/60	—	—	—	SS prenatales 2do nivel, indicaciones parto, signos de alarma,	9 días
3	14/03/25	11.6	49 K	110/70				Parche 2do nivel, Eco dentro de, Vol 670 - notas	1 mes
4	11/04/25	16	50 K	100/60	—	—	—	SS paraclínicos control / Eco detallada / Seg 60 / Se alarma	1 mes
5	16/05/25	21.2	52 K	100/60	19	/	148	Serología TT1 Toto cyst HCVZ, Meo zeffix	1 m.
6	20/06/25	26.2	53 K	100/60	23	CD	145	SS paraclínicos control / SS Eco / Seg 60 / Se alarma	1 mes
7	25/07/25	31.2	55 K	90/60	28	CD	140	SS toconut, Sx alarma,	1 mes
8	23/08/25	35.6	55 K	95/70	32	CD	148	PIE 6/0, SS eco, monit. pasaela, Se alarma	15 d
9									
10									

PARTO ● ABORTO ●

FECHA DE INGRESO (día mes año) — CARNÉ si / no
CONSULTAS PRENATALES total
HOSPITALIZ. en EMBARAZO días
CORTICOIDES ANTENATALES CICLO UNICO: completo / incompl. / múltiples / ninguna — semana inicio
INICIOT de P: espontáneo / inducido / cesar. elect.
RUPTURA MEMBRANAS ANTEPARTO: no / si — EG sem. — Tiempo hasta el parto — <37 sem / ≥18 hs.
EDAD GEST. al parto (semanas días) por FUM / por Eco.
PRESENTACION: cef. / pe. / transversa

no	si	hora	min	COMPAÑIA	POSICION	Contr. / 10'	DILATACION	ALTURA	FCF / DIPS	NOTAS

datos en partograma — TRAB. DE PAR.

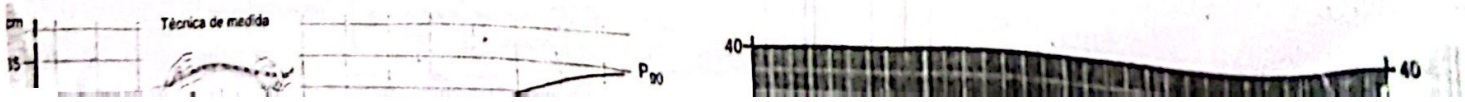
ENFERMEDADES: ninguna / HTA previa / HTA inducida embarazo / preeclampsia / eclampsia / cardiop/ nefrop / diabetes / otra cond. grave
corioamnionitis · infec. urinaria · amenaza parto pretec. · R.C.I.U. · rotura prem. de membranas
HEMORRAGIA: 1° trim. · 2° trim. · 3° trim. · post. · infección puerperal
código

NACIMIENTO: VIVO / MUERTO anteparto / parto / ignora momento
FECHA: hora min — día mes año
MULTIPLE orden / fetos (0=único)
espont. / cesárea / otra — forceps / vacuum
INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO
código: INDUC. / OPER.

ACOMPAÑANTE: pareja / otro / familiar / ninguno
POSICION PARTO: sentada cuclillas acostada
EPISIOTOMIA no / si
DESGARRO Grado 1 2 3 4 / no
OCITOCICOS EN ALUMBRAMIENTO: oxitocina / otro / ninguno
PLACENTA COMPLETA si / no
LIGADURA CORDON: precoz (<30s) / tardía (>30s)
ADICIONALES: MgSO4 no / si — oxitocina no / si — antibiot. no / si — analgesia no / si — anest. regional no / si — anest. gral no / si — transfusión no / si

RECIEN NACIDO

SEXO — PER. CEFALICO — E.G. CONFIABLE — PESO



Scanned with CamScanner

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Laura Isabel Sans Pinzon

DOCUMENTO: 1193155832

FECHA DE ATENCION: 17 Enero 2025

PROXIMO CONTROL: 17 Enero 2026

EXPEDIDO POR: Carolina Bolaños Vargas
Aux. Salud Oral
C.C. 1080266471

Scanned with 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 Coi Manos Amigas, 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): Noima Isabel Suns con RC No 1193 155 832 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.

Scanned with CamScanner

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 06 del mes Marzo del año 2025, en el Municipio de La Argentina

Norma Isabel Suns
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Viviana T
AGENTE EDUCATIVA

Scanned with 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 _____ identificado (a) con documento de identidad número _____, 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, Norma Isabel Suns, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 11.93 153837 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 _____, 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: Norma Isabel Suns
Nombre: Norma Isabel Suns Pinzon
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 06-03-2025
Municipio: La Argentina

Scanned with 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 Nelma Isabel Suns, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1193155832 de Belalcazar, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s)_____, identificados con NUIP No. _____, usuario de la unidad de servicio VILLA DEL CAMBIS 1 MIRADOR, 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: Nelma Isabel Suns Pinzon

Firma: Nelma Suns

CC. No. 1193155832

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Luz Adriana Moreno Buriticá

Firma: Luz Mo Bu

CC. No. 1.080.264.774

PÚBLICA

Scanned with 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

N° Póliza:	2000514571
Tomador:	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS
Nombre de Asegurado:	NORMA ISABEL SUINS PINZON
ID Asegurado: 1193155832	Vigencia Desde: 2025/03/19 — 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 **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

Scanned with CamScanner