



CorMiDi Garzon <cdiscormidi.czgarzon@gmail.com>

Reporte consolidado activaciones de ruta diciembre CTO 41001962025.

1 mensaje

CorMiDi Garzon <cdiscormidi.czgarzon@gmail.com>

15 de diciembre de 2025 a las 12:44 p.m.

Para: Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>, Ruby Fernanda Pena Suarez <Ruby.pena@icbf.gov.co>, Neidy Silva Morales <neidy.silva@icbf.gov.co>, laura.salazarg@icbf.gov.co

Cordial saludo.

Adjunto formato F.20.mt1.pp formato de reporte de presuntos hechos de violencia accidentes y fallecimientos consolidado de los usuarios correspondiente al mes de diciembre del contrato 41001962025 modalidad CDI:

CDI:

1 por accidentes.

1 posible quemadura.

Quedo atento a cualquier inquietud.

Juan Felipe Trujillo
Representante Legal
CorMiDi

3 archivos adjuntos

 **_f20.mt1_.pp_formato_de_reporte_de_presuntos_hechos_de_violencia_accidentes_y_fallecimientos_usuarios_servicios_pi_v1.xlsm**
208K

 **2 RC_1131125238_MARIANA PEÑA ANGULO.pdf**
3577K

 **1 RC_1078267762_LUIS ALEJANDRO OSORIO CONDE.pdf**
6800K



CorMiDi Garzon <cdiscormidi.czgarzon@gmail.com>

Informe accidente participante CDI LUCES DE ESPERANZA CTO_410019620251 mensaje

CorMiDi Garzon <cdiscormidi.czgarzon@gmail.com>

5 de diciembre de 2025 a las 7:00 a.m.

Para: Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>, Ruby Fernanda Pena Suarez <Ruby.pena@icbf.gov.co>

Cordial saludo.

El día 3/12/2025 él participante LUIS ALEJANDRO OSORIO CONDE identificado con RC 1078267762 perteneciente a la unidad de servicio CDI luces de esperanza con código cuéntame 4129800108210, el día miércoles 3 de diciembre aproximadamente a las 5:00 pm sufre un accidente de tránsito en calidad de peatón en la calle 8ª con 5ª esquina en hechos ocurridos según refiere la madre el niño se le safo de la mano y arrancó a correr y en ese momento pasaba una moto el cual lo termina atropellando causándole herida a nivel de región frontal izquierda, el niño no perdió el conocimiento.

Cualquier información adicional que se requiera, estamos pendientes para responder.

Cordialmente,
Juan Felipe Trujillo
Representante Legal
CorMiDi



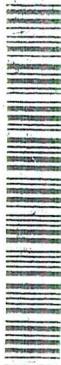
ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP	1078267762
------	------------

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

56070219



56070219

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina															
Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	K	8	Z
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía															
COLOMBIA - HUILA - GARZON NOTARIA 1 GARZON * * * * *															

Datos del inscrito															
Primer Apellido								Segundo Apellido							
OSORIO * * * * *								CONDE * * * * *							
Nombre(s)															
LUIS ALEJANDRO * * * * *															
Fecha de nacimiento								Sexo (en letras)				Grupo sanguíneo		Factor RH	
Año	2	0	2	0	Mes	M	A	Y	Día	1	4	MASCULINO	A	POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)															
COLOMBIA - HUILA - GARZON * * * * *															

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos										Número certificado de nacido vivo					
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *										15724251-5 * * * * *					

Datos de la madre															
CONDE SANDOVAL LEIVY YANETH * * * * *															
Documento de identificación (Clase y número)										Nacionalidad					
CC No. 55068568 * * * * *										COLOMBIA * * * * *					

Datos del padre															
Apellidos y nombres completos															
OSORIO GIRALDO JAIME * * * * *															
Documento de identificación (Clase y número)										Nacionalidad					
CC No. 12126900 * * * * *										COLOMBIA * * * * *					

Datos del declarante															
Apellidos y nombres completos															
OSORIO GIRALDO JAIME * * * * *															
Documento de identificación (Clase y número)										Firma					
CC No. 12126900 * * * * *															

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 inscribe					
Año	2	0	2	0											
										Nombre y firma					

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

8



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL DE GARZON

891180026

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre

PLAN DE MANEJO EXTERNO

Garzón (Huila),

3 de diciembre de 2025

numero de folio 46

DATOS PERSONALES

NOMBRE PACIENTE LUIS ALEJANDRO OSORIO CONDE

DOCUMENTO/HISTORIA 1078267762

EDAD: 5 Años / 6 Meses / 20 Días

SEXO Masculino

ESTADO CIVIL

Soltero

DIRECCION CALLE 1 # 2-14 LAS TERMITAS

TELEFONO 3108032685

Procedencia: GARZON (HUILA)

Ingreso 2221342

FECHA DOCUMENTO 03/12/2025 18:40

DATOS DE AFILIACIÓN

Regimen: Subsidiado

Estrato: RANGO (A) / ESTRATO 1

ENTIDAD: 050018 - ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ADRES

AREA 115 - CIRUGIA GENERAL

Diagnostico: S018 Herida de otras partes de la cabeza

DIAGNOSTICO:

S018 - Herida de otras partes de la cabeza

MEDICAMENTOS POS

FOLIO	DESCRIPCION	CONCENTRACION Y FORMA FARMACEUTICA	CANTIDAD	VIA DE ADMINISTRACION
46	J01DC008232 Cefalexina 250mg x 5ml X 60ml Suspension oral	250mg x 5ml POLVO	1 UN	Oral
Posologia: 5 CC CADA 8 HRS X5 DIAS				
Días de tratamiento 5				
46	M01AE02-S Naproxeno sódico 125mg/5ml polvo para reconstituir a suspensión.	125MG/5ML POLVO RECONSTITUIR	1 UN	Oral
Posologia: DAR 5 CC CADA 12 HRS X5 DIAS				
Días de tratamiento 1				

Total Items: 2

Esta formula tiene una vigencia de 72 horas a partir de la fecha de transcripción. Resolución 782/2012 Dec 2200/2005 Resolución 30/99-2008

C.C. 1045667953

- CRISTHIAN ERNESTO CASTAÑO BOOM

Registro Medico: 5498812

- MEDICINA GENERAL



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL

891180026

Fecha Actual : miércoles, 03 diciembre 2025

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS

NOTA MEDICA WEB

N° Historia Clínica: 1078267762

N° Folio: 46

Folio Asociado:

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: LUIS ALEJANDRO OSORJO CONDE

Identificación: 1078267762

Sexo: Masculino

Fecha Nacimiento: 14/mayo/2020 Edad Actual: 5 Años / 6 Meses / 20 Dias

Estado Civil: Soltero

Dirección: CALLE 1 # 2-14 LAS TERMITAS

Teléfono: 3108032685

Procedencia: GARZON

Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Régimen: Regimen Simplificado

Nivel - Estrato: RANGO (A) / ESTRATO 1

Plan Beneficios: 050018 - ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
ADRES

DATOS DEL INGRESO

N° Ingreso: 2221342

Fecha: 3/12/2025 5:35:49 p. m.

Finalidad Consulta: Diagnostico

Causa Externa: Accidente de transit Fecha Hora Documento: 03/12/2025 6:40 p. m.
o de origen comun

Diagnostico Principal

S018 - Herida de otras partes de la cabeza

Diagnosticos Relacionados:

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS NO QX		AREA SERVICIO:	222	URGENCIAS CONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS	
CODIGO	DESCRIPCION			CANTIDAD	ESTADO
869401	CUPS - Retiro de sutura en piel o tejido celular subcutaneo sod			1	Rutinario

OBSERVACIONES RETIRO DE SUTURA EN 10 DIAS

Total Items:

1

C.C. 1045667953

- CRISTHIAN ERNESTO CASTAÑO BOOM

Registro Medico: 5498812

MEDICINA GENERAL



URGENCIAS

DATOS PERSONALES

Nombre: LUIS ALEJANDRO OSORIO CONDE

Sexo: Masculino

GARZON

Dirección: CALLE 1 # 2-14 LAS TERMITAS

Teléfono: 3108032685

Procedencia:

Fecha de Nac. 14/05/2020

Ingreso: 2221342

Documento: 1078267762

Estado Civil: Soltero

Entidad: ADMINISTRADORA DE LOS
RECURSOS DEL SISTEMA
GENERAL DE SEGURIDAD
SOCIAL EN SALUD ADRES

Folio N° 45

Fecha Folio:

3 de diciembre de 2025 18:40:20

Edad en la atención: 5 Años / 6 Meses / 20 Días

CLASIFICACION TRIAGE: Triage III

PACIENTE VIENE REMITIDO: No

Datos de la consulta: Consulta de primera vez en el servicio El paciente llego por sus propios medios: Si

En que estado llego el paciente: Conciente - Estado de embriaguez: No - Estado de conciencia: Alerta -

Accidente laboral o Enfermedad Profesional: No - Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

DATOS RELEVANTES DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Accidente de tránsito: Si

Fecha de accidente: 3/12/2025

Hora de accidente: 17:00

Lugar de accidente:

POR LOS HALLAZGOS CLÍNICOS SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO OCURRIDO EN TERRITORIO NACIONAL, VEHÍCULO EN MOVIMIENTO QUE OCASIONÓ LESIONES.

EN CASO DE ACCIDENTE, INTOXICACION, O VIOLENCIA

Fecha de ocurrencia:

Sitio de ocurrencia:

Causa basica que origina la atencion:

Notificacion a la autoridad competente: Si

Notificacion a familiares: Si

Notificacion al servicio de salud Si

Sintomatico de Respiratorio: NO

Sintomatico de Piel: NO

Sintomatico de sistema nervioso: NO

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: **** ACCIDENTE DE TRANSITO ****

Enfermedad Actual: PACIENTE MENOR DE EDAD 5 AÑOS DE EDAD EN COMPAÑIA DE LA MADRE QUE REFIERE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE PEATON EN LA CALLE 8A CON 5A ESQUINA EN HECHOS OCURRIDOS SEGUN REFIERE LA MADRE QUE EL PACIENTE SE LE SAFO DE LA MANO Y ARANCO A CORRER Y EN ESA PASABA UNA MOTO EL CUAL LO TERMINA ATROPELLANDO CAUSANDLE HERIDA A NIVEL DE REGION FRONTAL IZQUERDA DE MAS O MENOS DE 1KM DE LONGITUD NO PERDIDA DEL CONOCIMIENTO MOTIVO POR EL CUAL ES TRAIADO AL SERVICIO DE URGENCIAS

REVISION POR SISTEMAS

Organos de los Sentidos: No refiere -

Digestivo: No refiere -

Piel y Tegumentos: No refiere -

Cardiovascular: No refiere -

Genitourinario: No refiere -

Neurológico: No refiere -

Respiratorio: No refiere -

Osteomuscular: No refiere -

Psiquiatrico: No refiere -

ALERGIAS A MEDICAMENTOS ?: NO

CUALES ?:

CONCILIACION MEDICAMENTOSA: -

ANTECEDENTES

28/04/2023 - Médicos NO REFIERE

28/04/2023 - Quirúrgicos NO REFIERE

28/04/2023 - Inmunológicos PAI COMPLETO PARA LA EDAD

28/04/2023 - Alérgicos TRIMETOPRIM SULFAMETOXASOL

03/12/2025 - Médicos autismo

EXAMEN FISICOSignos Vitales y Datos CorporalesGlasgow: Ocular: 4 Verbal: 5 Motriz: 6 Total: 15 Peso: 22,0 Kgm Talla (M): 1,14 IMC: 169
.28



E.S.E. HOSPITAL DPTAL SAN VICENTE DE PAUL DEPTAL SAN VICENTE DE PAUL

NIT 891180026

2/4

URGENCIAS

DATOS PERSONALES

Nombre: LUIS ALEJANDRO OSORIO CONDE

Sexo: Masculino

GARZON

Dirección: CALLE 1 # 2-14 LAS TERMITAS

Teléfono: 3108032685

Procedencia:

Ingreso: 2221342

Documento: 1078267762

Estado Civil: Soltero

Entidad: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD A.D.R.E.S.

Fecha de Nac. 14/05/2020

Folio N° 45

Fecha Folio:

3 de diciembre de 2025 18:40:20

2,9

Tension Arterial: 80 / 60 mmHg Frec. Cardíaca: 115 x min Frec. Respiratoria: 22 x min Temperatura: 36,0 °C % S02 : 95

Piel y Faneras: HERIDA DE MAS O MENOS 1CM DE LONGITUD EN REGION FRONTAL IZQUERDA CON SANGRADO ESCASO

Cabeza: Normal -

Cuello: Normal -

Tórax: Normal -

Abdomen: Normal -

Columna: Normal -

Genitourinario: Normal -

Extremidades: Normal -

Neurológico: Normal -

Psiquiátrico: Normal -

DIAGNOSTICOS

S018 Herida de otras partes de la cabeza

PRINCIPAL

☒

EXAMENES

39146 - Sutura

sutura en region frontal de la cabeza

CANTIDAD

1

INDICACIONES MÉDICAS:

Tipo de Indicación: Urgencias_Observacion

Detalle Indicación: sutura de herida en region frontal del cabeza con prolene 3,0 revalorar

ANALISIS

PACIENTE MENOR DE EDAD 5 AÑOS DE EDAD EN COMPAÑIA DE LA MADRE QUE REFIERE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE PEATON EN LA CALLE 8A CON 5A ESQUINA EN HECHOS OCURRIDOS SEGUN REFIERE LA MADRE QUE EL PACIENTE SE LE SAFO DE LA MANO Y ARANCO A CORRER Y EN ESA PASABA UNA MOTO EL CUAL LO TERMINA ATROPELLANDO CAUSANDLE HERIDA A NIVEL DE REGION FRONTAL IZQUERDA DE MAS O MENOS DE 1XM DE LONGITUD NO PERDIDA DEL CONOCIMIENTO MOTIVO POR EL CUAL ES TRAI DO AL SERVICIO DE URGENCIAS

RECOMENDACIONES, SIGNOS DE ALARMA Y CUIDADOS :

PACIENTE MASCULINO CON DXS DE AUTISMO QUE INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS EN CONTEXTO DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE PEATON CON HERIDA EN REGION FRONTAL IZQUIERDA DE 1CM DE LONGITUD QUE AMERITA AFRONTAMIENTO DE SUTURA EXPLICO CONFICION CLINICA ALA FAMILIAIR ENBTIENDE YA CEPTA

CME

C.C. 1045667953 - CASTAÑO BOOM CRISTHIAN ERNESTO
Registro Medico: 5498812 - MEDICINA GENERAL



EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL

Ingreso: 2221342
Informacion Paciente: LUIS ALEJANDRO OSORIO CONDE Tipo de Documento: RegistroCivil Numero: 1078267762
Tipo de paciente: Subsidiado Sexo: Masculino Edad: 5 Años / 6 Meses / 20 Días F. Nacimiento: 14/05/2020
E.P.S: 050018 - ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ADRES)

Nº453558

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Servicio de Ingreso: Urgencias Servicio de Egreso:
Fecha Ingreso: 03/12/2025 17:35 Fecha Egreso: 03/12/2025 18:40 Estado Paciente: VIVO

ESTADO DEL INGRESO:

PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD CON DXS *** AUTISMO *** HERIDA EN REGION FRONTAL DE LA CABEZA DE 1CM DE LONGITUD NOTA DE SUTURA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA INFILTRACION DE XILOCAINA SIN EPINEFRINA 2CC BILATERAL SE AFRONTA HERIDA CON PUNTOS CONTINUOS 1 PUNTO CON PROLENE 4.0 NO COMPLICACIONES NO SAGRADO PLAN EGRESO CEFALEXINA 5CC CADA 8 HRS X5 DIAS NAPROXENO JARABE 5 CC CADA 12 HRS X5 DIAS RETIRO DE PUNTOS EN 10 DIAS SIGNOS DE ALARMA RECOMENDACIONES GENERALES

MOTIVO DE CONSULTA

ACCIDENTE DE TRANSITO *****

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE MENOR DE EDAD 5 AÑOS DE EDAD EN COMPAÑIA DE LA MADRE QUE REFIERE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE PEATON EN LA CALLE 8A CON 5A ESQUINA EN HECHOS OCURRIDOS SEGUN REFIERE LA MADRE QUE EL PACIENTE SE LE SAFO DE LA MANO Y ARANCO A CORRER Y EN ESA PASABA UNA MOTO EL CUAL LO TERMINA ATROPELLANDO CAUSANDLE HERIDA A NIVEL DE REGION FRONTAL IZQUERDA DE MAS O MENOS DE 1CM DE LONGITUD NO PERDIDA DEL CONOCIMIENTO MOTIVO POR EL CUAL ES TRAI DO AL SERVICIO DE URGENCIAS

REVISION POR SISTEMAS

ORGANOS No refiere -OSTEOMUSCULAR No refiere -CARDIOVASCULAR No refiere -RESPIRATORIO No refiere -PIEL Y TEGUMENTOS No refiere -DIGESTIVO No refiere -GENITOURINARIO No refiere -NEUROLOGICO No refiere -PSIQUIATRICO No refiere -NO REFIERE -

ANTECEDENTES:

NO False False Normal -NO-Tipo: Médicos Fecha: 28/04/2023 06:04 p. m. Detalle: NO REFIERE Tipo: Quirúrgicos Fecha: 28/04/2023 06:04 p. m. Detalle: NO REFIERE Tipo: Inmunológicos Fecha: 28/04/2023 06:04 p. m. Detalle: PAI COMPLETO PARA LA EDAD Tipo: Alérgicos Fecha: 28/04/2023 06:04 p. m. Detalle: TRIMETOPRIM SULFAMETOXASOL Tipo: Médicos Fecha: 03/12/2025 06:40 p. m. Detalle: autismo

EXAMEN FISICO:

11536,0 TORAX Normal -PIEL Y FANERAS HERIDA DE MAS O MENOS 1CM DE LONGITUD EN REGION FRONTAL IZQUERDA CON SANGRADO ESCASO EXTREMIDADES Normal -GENITO URINARIO Normal -ABDOMEN Normal -NEUROLOGICAS Normal -PSIQUIATRICA Normal -COLUMNAS Normal -CUELLO Normal -22,01,14169.282,9 CABEZA Normal -80609522

OBSERVACION SOLICITU DE SERVICIOS

sutura en region frontal de la cabeza

INDICACIONES MEDICAS / CONDUCTA

PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD CON DXS

*** AUTISMO

*** HERIDA EN REGION FRONTAL DE LA CABEZA DE 1CM DE LONGITUD

NOTA DE SUTURA

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA
INFILTRACION DE XILOCAINA SIN EPINEFRINA 2CC BILATERAL
SE AFRONTA HERIDA CON PUNTOS CONTINUOS 1 PUNTO CON PROLENE 4.0
NO COMPLICACIONES NO SAGRADO

PLAN
EGRESO
CEFALOXINA 5CC CADA 8 HRS X5 DIAS
NAPROXENO JARABE 5 CC CADA 12 HRS X5 DIAS
RETIRO DE PUNTOS EN 10 DIAS
SIGNOS DE ALARMA RECOMENDACIONES GENERALES
PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD CON DXS

*** AUTISMO

*** HERIDA EN REGION FRONTAL DE LA CABEZA DE 1CM DE LONGITUD

NOTA DE SUTURA

PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA
INFILTRACION DE XILOCAINA SIN EPINEFRINA 2CC BILATERAL



EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL

Ingreso: 2221342

Información Paciente: LUIS ALEJANDRO OSORIO CONDE Tipo de Documento: Registro Civil Numero: 1078267762
Tipo de paciente: Subsidiado Sexo: Masculino Edad: 5 Años / 6 Meses / 20 Días F. Nacimiento: 14/05/2020
E.P.S: 050018 - ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ADRES)

Nº453558

SE AFRONTA HERIDA CON PUNTOS CONTINUOS 1 PUNTO CON PROLENE 4.0
NO COMPLICACIONES NO SAGRADO

PLAN
EGRESO
CEFALEXINA 5CC CADA 8 HRS X5 DIAS
NAPROXENO JARABE 5 CC CADA 12 HRS X5 DIAS
RETIRO DE PUNTOS EN 10 DIAS
SIGNOS DE ALARMA RECOMENDACIONES GENERALES

JUSTIFICACION:

PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD CON DXS *** AUTISMO *** HERIDA EN REGION FRONTAL DE LA CABEZA DE 1CM DE LONGITUD
NOTA DE SUTURA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA INFILTRACION DE XILOCAINA SIN EPINEFRINA 2CC BILATERAL SE AFRONTA HERIDA CON
PUNTOS CONTINUOS 1 PUNTO CON PROLENE 4.0NO COMPLICACIONES NO SAGRADO PLAN EGRESO CEFALEXINA 5CC CADA 8 HRS X5 DIAS
NAPROXENO JARABE 5 CC CADA 12 HRS X5 DIAS RETIRO DE PUNTOS EN 10 DIAS SIGNOS DE ALARMA RECOMENDACIONES GENERALES

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS

PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD CON DXS *** AUTISMO *** HERIDA EN REGION FRONTAL DE LA CABEZA DE 1CM DE LONGITUD
NOTA DE SUTURA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA INFILTRACION DE XILOCAINA SIN EPINEFRINA 2CC BILATERAL SE AFRONTA HERIDA CON
PUNTOS CONTINUOS 1 PUNTO CON PROLENE 4.0NO COMPLICACIONES NO SAGRADO PLAN EGRESO CEFALEXINA 5CC CADA 8 HRS X5 DIAS
NAPROXENO JARABE 5 CC CADA 12 HRS X5 DIAS RETIRO DE PUNTOS EN 10 DIAS SIGNOS DE ALARMA RECOMENDACIONES GENERALES

RESULTADO DE EXAMEN:

PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD CON DXS *** AUTISMO *** HERIDA EN REGION FRONTAL DE LA CABEZA DE 1CM DE LONGITUD
NOTA DE SUTURA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA INFILTRACION DE XILOCAINA SIN EPINEFRINA 2CC BILATERAL SE AFRONTA HERIDA CON PUNTOS
CONTINUOS 1 PUNTO CON PROLENE 4.0NO COMPLICACIONES NO SAGRADO PLAN EGRESO CEFALEXINA 5CC CADA 8 HRS X5 DIAS
NAPROXENO JARABE 5 CC CADA 12 HRS X5 DIAS RETIRO DE PUNTOS EN 10 DIAS SIGNOS DE ALARMA RECOMENDACIONES GENERALES

EVOLUCIONES

FECHA	MEDICO
-------	--------

DESCRIPCIÓN

03/12/2025 18:40 1045667953 - CASTAÑO BOOM CRISTHIAN ERNESTO MEDICINA GENERAL

Análisis urgenciasPACIENTE MENOR DE EDAD 5 AÑOS DE EDAD EN COMPAÑIA DE LA MADRE QUE REFIERE ACCIDENTE DE TRANSITO EN
CALIDAD DE PEATON EN LA CALLE 8A CON 5A ESQUINA EN HECHOS OCURRIDOS SEGUN REFIERE LA MADRE QUE EL PACIENTE SE LE SAFO DE
LA MANO Y ARANCO A CORRER Y EN ESA PASABA UNA MOTO EL CUAL LO TERMINA ATROPELLANDO CAUSANDLE HERIDA A NIVEL DE REGION
FRONTAL IZQUERDA DE MAS O MENOS DE 1XM DE LONGITUD NO PERDIDA DEL CONOCIMIENTO MOTIVO POR EL CUAL ES TRAI DO AL
SERVICIO DE URGENCIAS

03/12/2025 18:40 1045667953 - CASTAÑO BOOM CRISTHIAN ERNESTO MEDICINA GENERAL

Nota MedicaPACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD CON DXS *** AUTISMO *** HERIDA EN REGION FRONTAL DE LA CABEZA DE 1CM DE
LONGITUD NOTA DE SUTURA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA INFILTRACION DE XILOCAINA SIN EPINEFRINA 2CC BILATERAL SE AFRONTA HERIDA
CON PUNTOS CONTINUOS 1 PUNTO CON PROLENE 4.0NO COMPLICACIONES NO SAGRADO PLAN EGRESO CEFALEXINA 5CC CADA 8 HRS X5
DIAS NAPROXENO JARABE 5 CC CADA 12 HRS X5 DIAS RETIRO DE PUNTOS EN 10 DIAS SIGNOS DE ALARMA RECOMENDACIONES GENERALES

INTERCONSULTA

SERVICIO

ESPECIALIDAD

MOTIVO

OBSERVACION

RESPUESTA A INTERCONSULTA

RESPUESTA

TRATAMIENTO

OBJETIVO

SUBJETIVO

ESPECIALISTA



E.S.E. HOSPITAL DPTAL SAN VICENTE DE PAUL DEPTAL SAN VICENTE DE PAUL
891180026-5

EPICRISIS

INFORMACIÓN GENERAL

Ingreso: 2221342

Informacion Paciente: LUIS ALEJANDRO OSORIO CONDE Tipo de Documento: RegistroCivil Numero: 1078267762
Tipo de paciente: Subsidiado Sexo: Masculino Edad: 5 Años / 6 Meses / 20 Días F. Nacimiento: 14/05/2020
E.P.S.: 050018 - ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ADRES)

Nº453558

ESPECIALIDAD

CONDICIONES SALIDA:

PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD CON DXS *** AUTISMO *** HERIDA EN REGION FRONTAL DE LA CABEZA DE 1CM DE LONGITUD NOTA DE SUTURA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA INFILTRACION DE XILOCAINA SIN EPINEFRINA 2CC BILATERAL SE AFRONTA HERIDA CON PUNTOS CONTINUOS 1 PUNTO CON PROLENE 4.0NO COMPLICACIONES NO SAGRADO PLAN EGRESO CEFALEXINA 5CC CADA 8 HRS X5 DIAS NAPROXENO JARABE 5 CC CADA 12 HRS X5 DIAS RETIRO DE PUNTOS EN 10 DIAS SIGNOS DE ALARMA RECOMENDACIONES GENERALES

INDICACION PACIENTE:

PACIENTE MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD CON DXS *** AUTISMO *** HERIDA EN REGION FRONTAL DE LA CABEZA DE 1CM DE LONGITUD NOTA DE SUTURA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA INFILTRACION DE XILOCAINA SIN EPINEFRINA 2CC BILATERAL SE AFRONTA HERIDA CON PUNTOS CONTINUOS 1 PUNTO CON PROLENE 4.0NO COMPLICACIONES NO SAGRADO PLAN EGRESO CEFALEXINA 5CC CADA 8 HRS X5 DIAS NAPROXENO JARABE 5 CC CADA 12 HRS X5 DIAS RETIRO DE PUNTOS EN 10 DIAS SIGNOS DE ALARMA RECOMENDACIONES GENERALES

DIAS DE INCAPACIDAD:

CAUSA DE MUERTE:

DIAGNOSTICOS DE EGRESO

S018 Herida de otras partes de la cabeza

SERVICIOS

CÓDIGO	NOMBRE	HC
39146	Sutura	
869401	CUPS - Retiro de sutura en piel o tejido celular subcutaneo sod	

MEDICAMENTOS

CÓDIGO	NOMBRE
J01DC008232	Cefalexina 250mg x 5ml X 60ml Suspension oral
M01AE02-S	Naproxeno sódico 125mg/5ml polvo para reconstituir a suspensión.

MEDICO QUE REGISTRA LA EPICRISIS

MEDICO QUE CONFIRMA LA EPICRISIS

C.C. 1045667953 - CASTAÑO BOOM CRISTHIAN ERNESTO
R.M. 5498812 MEDICINA GENERAL

C.C.
R.M.

CORPORACIÓN EL MINUTO DE DIOS DE GARZÓN

FORMATO DE NOVEDADES Y SITUACIONES ESPECIALES



CorMIDI-Garzon

MODALIDAD: INSTITUCIONAL

NOMBRE DE UDS: COI Local de El Perito.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:

Luis Alejandro Osorio Conde

N° DE DOCUMENTO: 1078267762

AGENTE EDUCATIVA:

Wendy Vanessa Trujillo

MUNICIPIO: Garzón

1. Accidentes

2. Cambios de estado de salud

3. Cambios de estado emocional

4. Razones de inasistencia y/o llegadas tarde

5. Incapacidades

6. Administración de medicamentos

7. No cuenta con registro civil

8. No cuenta con afiliación sgsss

9. No cuenta con certificación valoración integral o prenatal

10. No cuenta con esquema de vacunación

11. Salidas fuera de horario

12. Otro

FECHA

NOVEDAD Y DESCRIPCION DEL EVENTO ESPECIFICANDO LAS ACCIONES QUE SE ADELANTARON

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

FIRMA PADRE/MADRE O CUIDADOR

SEGUIMIENTO

1-12-25

Siendo las 7:45 a.m el niño ingresa al COI, la docente observa que el menor tiene un rasguño en la parte baja de la mejilla izquierda.

Wendy Vanessa Trujillo Comacho

Flor Conde

La abuela refiere que el niño se encontraba en el parque cerca de la casa jugando con sus compañeros y se cayó.

2-12-25

Se le informa a la cuidante "abuela" del niño, el día de hoy durante la jornada de la mañana, la docente se encuentra organizando el material para la actividad y había guardado más tijeras en el cajón de su escritorio. El niño intento sacarlas y, al impedir la docente, dicha acción por motivar de seguridad, el niño reaccionó de manera inadecuada pegando a la profesora en el brazo y arrojando el muñeco que tenía en su mano.

Wendy Vanessa Trujillo Comacho

Flor Conde

La abuela expresó que el niño últimamente se encuentra demasiado activo y manifiesta que en ocasiones ya no sabe que hacer frente a esta situación.

4-12-25

La docente se comunicó con la madre del menor para saber y preguntar por el bienestar e inasistencia al COI, y la madre y abuela refiere que el día de ayer salieron con el niño a comer algo y de en camino a otro el niño se le soltó de la mano a la mamá, se bajo del andén y una muchacha lo chocó con la moto, el niño se cortó la cabeza con el suelo, la madre lo llevo al hospital y comenta que le cogieron 1 punto en la herida.

Marcela Marles

Leivy Conde

Le dieron medicamento para el dolor, se encuentra estable en su casa con los cuidadores de la madre y abuela. Se le pide a la madre traer la historia clínica.

4-12-2025

Por parte de la Psicóloga se hace acompañamiento a la madre, al momento de enterarse sobre lo sucedido con el niño, la docente informa que el

Flor Conde

Flor Conde

CORPORACIÓN EL MINUTO DE DIOS DE GARZÓN

FORMATO DE NOVEDADES Y SITUACIONES ESPECIALES



CorMIDI-Garzon

MODALIDAD: INSTITUCIONAL

NOMBRE DE UDS:

COE local de El Peronza

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:

Luis Alejandro Osorio Conde

N° DE DOCUMENTO:

1078267762

AGENTE EDUCATIVA: Wendy Lanero Trujillo C.

MUNICIPIO:

Garzón

1. Accidentes

2. Cambios de estado de salud

3. Cambios de estado emocional

4. Razones de inasistencia y/o llegadas tarde

5. Incapacidades

6. Administración de medicamentos

7. No cuenta con registro civil

8. No cuenta con afiliación sgss

9. No cuenta con certificación valoración integral o prenatal

10. No cuenta con esquema de vacunación

11. Salidas fuera de horario

12. Otro

FECHA

NOVEDAD Y DESCRIPCION DEL EVENTO ESPECIFICANDO LAS ACCIONES QUE SE ADELANTARON

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

FIRMA PADRE/MADRE O CUIDADOR

SEGUIMIENTO

niño sufre un accidente de tránsito el día 3-12-2025, en horas de la tarde, por parte de la psicóloga Semadenia por la salud del menor, tanto física y emocional, así mismo se le recomienda a la madre seguir con los cuidados recomendados por los médicos ante cualquier novedad en la salud del

niño llevarlo al médico se le pregunta a la madre si activaron la póliza la madre refiere que no en el momento de lo sucedido no pensaban en nada más que en la salud del niño.

Se le recomienda el no olvidar que el niño cuenta con póliza y en hacer uso de ella ante alguna calamidad o accidente con el niño.

4. la docente se comunicó con la acudiente del niño "Abuelo" para preguntar por el bienestar del menor, refiere que el niño está bien, le están dando los medicamentos recetados por el doctor, y lo están cuidando en casa.

5-12-2025

Wendy Lanero Trujillo.

Flor Conde

la acudiente refiere que el niño está bien está a la espera que le retire el punto.



NIT. 860.009.174-4

POLIZA ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL

Nro. 61-68-1000001512

ANEXO DE POLIZA No 51

SUCURSAL	FECHA DE EXPEDICION	VIGENCIA SEGURO		TIPO DE DOCUMENTO
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	DIA MES AÑO 09 12 2025	DESDE LAS 24 HORAS DIA MES AÑO 05 12 2025	HASTA LAS 24 HORAS DIA MES AÑO 12 12 2025	FACTURACION PERIODICA
DATOS TOMADOR				
NOMBRE	CORPORACION EL MINUTO DE DIOS DE GARZON			DOCUMENTO: NIT 891101024-3
DIRECCION	CALLE 3 NO. 4 - 71		CIUDAD GARZON, HUILA	TELEFONO 8332624
ASEGURADOS:	USUARIOS CONTRATO N° 41001962025			
BENEFICIARIOS:	LOS DE LEY			
INTERMEDIARIOS		DISTRIBUCION DEL COASEGURO		
INTERMEDIARIO	PARTICIPACION	NOMBRE COMPAÑIA	% PART	VALOR ASEG. PRIMA
83048 CARLOS ANGEL CONSULTORIA EN SEGURO	100 %			
INFORMACION DEL RIESGO				
CATEGORIA : 1 - USUARIOS				
AMPAROS	SUMA ASEGURADA \$	PRIMA \$	ASEGURADOS	
MUERTE ACCIDENTAL	2,064,000,000.00	51,703.00	258	
AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL	258,000,000.00	0.00	258	
AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	258,000,000.00	0.00	258	
AUXILIO POR MUERTE ACCIDENTAL DE DOCENTES O PERSONAL ADMINISTRATIVO	129,000,000.00	0.00	258	
GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE.	180,000,000.00	0.00	258	
GASTOS DE TRASLADO POR CUALQUIER CAUSA	180,000,000.00	0.00	258	
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE	903,000,000.00	0.00	258	
GASTOS MEDICOS POR ENFERMEDADES TROPICALES	258,000,000.00	0.00	258	
GASTOS MEDICOS POR REEMBOLSO POR ENFERMEDADES AMPARADAS	903,000,000.00	0.00	258	
INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE POR ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE	154,800,000.00	0.00	258	
INHABILITACIÓN, INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE POR ACCIDENTE	2,064,000,000.00	0.00	258	
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	2,064,000,000.00	0.00	258	
REEMBOLSO POR REHABILITACIÓN PSICOLÓGICA POR ABUSO SEXUAL	367,263,000.00	0.00	258	
REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ A CAUSA DE ACCIDENTE	8,385,000,000.00	0.00	258	
* RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	12,900,000.00	0.00		
258				
RIESGO QUÍMICO	64,500,000.00	0.00	258	
RIESGOS BIOLÓGICOS	64,500,000.00	0.00	258	
* Valor Asegurado Total Máximo por evento				
PRIMA ANUAL	\$51,703.00	IVA	\$0.00	TOTAL A PAGAR: \$51,703.00
OBSERVACIONES				
EMISION CONTRATO N 41001962025 CUPOS DE USUARIOS 258 ...CONTINUA PAG. SIGUIENTE				
PLAN DE PAGOS:	CONTADO	CONDUCTO DE PAGOS:	DIRECTO EFECTIVO	
Hacen parte de la presente Póliza, las condiciones Generales contenidas en la forma 0, ADJUNTA.				
Artículo 1152. Salvo lo previsto en el Artículo siguiente 1153, el no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato sin que el asegurador tenga derecho para exigir las.				
EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 9 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2025				
Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com				
				REFERENCIA PAGO: 2101500030563-2
61-68-1000001512		(415)7709998021150(8020)21015000305632(3900)000000051703(96)20261205		
FIRMA VIDEESTADO		FIRMA DEL TOMADOR		



NIT. 860.009.174-4

POLIZA ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL

61-68-1000001512

ANEXO DE POLIZA No 51

SUCURSAL	DOCUMENTO	TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	NIT 891101024-3	CORPORACION EL MINUTO DE DIOS DE GARZON	FACTURACION PERIODICA

OBSERVACIONES

132 MARLON SABASTIAN RAMOS SANCHEZ 1145737307
133 JERONIMO ALEXANDER VARGAS TROYANO 1145737227
134 SALOME FIGUEROA ROJAS 1145737232
135 LUCIANA SANCHEZ CABRERA 1145737303
136 MIGUEL ANGEL LOSADA RAYO 1077882053
137 EMMANUEL BERMUDEZ OME 1077882081
138 EMILIANO BERMUDEZ OME 1077882082
139 ANGEL ISAAC CANA PEREZ 7355612
140 YHEIDER THOMAS TORRES STERLING 1077882101
141 MIGUEL ANGEL VILLANUEVA SOTTO 1077881984
142 MAICOL STIVEN VILLEGAS LOPEZ 1077882121
143 NAUDY SALOME DELGADO LEVIZA 1077882083
144 JHONIER ESTIVEN CORREA BETANCOURT 1145737123
145 ALANNA ISABELLA VARGAS DUARTE 1077882108
146 EMELY BRISSETH URBINA PARRA 1077881993
147 EMILY SOFIA COLLAZOS CUBILLOS 1145737772
148 ALAN MATIAS QUINTERO VALDERRAMA 1078267792
149 ESTEBAN FERRO ESCOBAR 1145736941
150 IKER ESNEIDER VILLAGUIRA QUIGUA 1077881989
151 IAN DANIEL GOMEZ REYES 1145737076
152 DANNA VALENTINA MEDINA GARCES 1145737099
153 IAN MARTIN PERDOMO LOSADA 1145737100
154 JERONIMO OCHOA ARTUNDUAGA 1145736921
155 LUCIANA GOMEZ URIBE 1145736997
156 MARIANA PEÑA ANGULO 1131125238
157 ISABELLA RAMOS PACHECO 1145737053
158 JESUS DAVID ZULETA CRUZ 1145736964
159 MARIA CELESTE LOPEZ JOVEN 1145737107
160 ANA LUZ CHALA CAMACHO 1118382249
161 MARCELO TORRES JULIO 1092743473
162 IAN DANIEL LIZCANO TORRES 1145737056
163 HEILIN SALOME TOVAR LOPEZ 1077882094
164 YOHAN STIBEN HERNANDEZ HORMIGA 1145736981
165 EMMA LOSADA TAMAYO 1145737048
166 JERONIMO ANDRES GALEON CAICEDO 1077881894
167 MAILY MELISSA BALLESTEROS ELIZALDE 1077881949
168 LIAM SANTIAGO MORLES ALVARADO 1188973468
169 IVANNA MARTINEZ PUENTES 1145736695
170 AINA ISABEL FERIZ ALMARIO 1077882134
171 ELA MARIANA PEÑA VARGAS 1082131956
172 IAN GERONIMO GALEANO RAMIREZ 1077881878
173 JOHAN ALEXIS CASTILLO GALLEGO 1077881826
174 PAULINA SALOME LUNA ROA 1118036394
175 SAMANTHA ERAZO AVILEZ 1145736782
176 ZOE MARIA MARTINEZ TORRES 1077881900
177 JULIAN DAVID MURCIA NARVAEZ 1078267746
178 LIAM MATIAS GAITAN SALAZAR 1078267780
179 KENNER MATIAS MURCIA RODRIGUEZ 1075325425
180 JHONATAN DAVID PARRA RIVERA 1077881882
181 CRISTAL MARIANA ARANGO HUELLOS 1145736744
182 **LUIS ALEJANDRO OSORIO CONDE 1078267762**
183 MARIA VICTORIA PEREZ ALVAREZ 1077881846
184 MIGUEL ANGEL GONZALEZ RINCON 1145736800
185 SHAIRA VALENTINA BENITEZ MUCHAVISOY 1077881899
186 MAXIMILIANO BERMEO PINZON 1145736786
187 MARIANA PARRA ZUÑIGA 1145736798
188 EMILIANO GAITAN ARENAS 1077881882
189 LYAM ANDRES GUZMAN BERMEO 1145736662
190 IAN GAEL GONZALES MONTENEGRO 1077881795
191 JUAN PABLO PAREDES MOYANO 1145736696
192 DYLAN SANTIAGO RAMIREZ ORDOÑEZ 1145738082
193 EMMANUEL CRUZ CALDERON 1145736850
194 DOMINICK ALEJANDRO VARGAS CHARRY 1145737629
195 IAN MARTIN CRUZ SANCHEZ 1145738216
196 LUCIANA TORRES POLO 1077882480
197 AARON JAVIER PEÑA POLO 1077882263
198 MARIA CELESTE POLO IBÁÑEZ 1077882337
199 ANTONELLA TAMAYO BOTELLO 1145739086
...CONTINUA PAG. SIGUIENTE

TOTAL ANUAL A PAGAR:

\$51,703.00

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO DE SEGURO Y DARA DERECHO A VIDEESTADO, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO."

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 9 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2025

61-68-1000001512

FIRMA VIDEESTADO

FIRMA DEL TOMADOR

POLIZA ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL



NIT. 860.009.174-4

Nro. 61-68-1000001512

ANEXO DE POLIZA No 51

SUCURSAL	FECHA DE EXPEDICION	VIGENCIA SEGURO	TIPO DE DOCUMENTO
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	DIA MES AÑO 09 12 2025	DESDE LAS 24 HORAS DIA MES AÑO 05 12 2025 HASTA LAS 24 HORAS DIA MES AÑO 12 12 2025	FACTURACION PERIODICA

DATOS TOMADOR

NOMBRE	CORPORACION EL MINUTO DE DIOS DE GARZON	DOCUMENTO:	NIT 891101024-3
DIRECCION	CALLE 3 NO. 4 - 71	CIUDAD	GARZON, HUILA
TELEFONO	8332624		
ASEGURADOS:	USUARIOS CONTRATO N° 41001962025		
BENEFICIARIOS:	LOS DE LEY		

INTERMEDIARIOS	DISTRIBUCION DEL COASEGURO
INTERMEDIARIO 83048 CARLOS ANGEL CONSULTORIA EN SEGURO	PARTICIPACION 100 %
NOMBRE COMPAÑIA	% PART VALOR ASEG. PRIMA

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

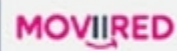
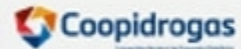
Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud:
Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PÁGINA WEB



CORRESPONSALES BANCARIOS



PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias



Seguros de Vida del Estado
Cuenta Convenio 47190



Seguros de Vida del Estado
Cuenta Convenio 008465452

PRIMA	ANUAL	\$51,703.00	IVA	\$0.00	TOTAL A PAGAR:	\$51,703.00
-------	-------	-------------	-----	--------	----------------	-------------

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO DE SEGURO Y DARA DERECHO A VIDEOSTADO, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.*

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 9 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2025

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR
EFFECTIVO		
CHEQUE		
TOTAL \$		



(415)7709998021150(8020)21015000305632(3900)000000051703(96)20261205

REFERENCIA
PAGO:
2101500030563-2

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE



CorMiDi Garzon <cdiscormidi.czgarzon@gmail.com>

Informe accidente participante CDI LUCES DE ESPERANZA CTO_41001962025

3 mensajes

CorMiDi Garzon <cdiscormidi.czgarzon@gmail.com>

9 de diciembre de 2025 a las 4:02 p.m.

Para: Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>, Ruby Fernanda Pena Suarez <Ruby.pena@icbf.gov.co>

Cordial saludo.

El día 7/12/2025 la participante MARIANA PEÑA ANGULO identificada con RC 1.131.125.238 perteneciente a la unidad de servicio CDI Luces de esperanza con código cuéntame 4129800108210, el día domingo 7 de diciembre en horas de la noche posiblemente sufrió quemaduras con chispitas mariposa. La niña manifestó que las lesiones se produjeron en partes de la cara y en el dedo índice de la mano derecha.

Cualquier información adicional que se requiera, estamos pendientes para responder.

Cordialmente,
Juan Felipe Trujillo
Representante Legal
CorMiDi

Adriana Maryori Patino Samboni <AdrianaM.Patino@icbf.gov.co>

10 de diciembre de 2025 a las 9:45 a.m.

Para: "cdiscormidi.czgarzon@gmail.com" <cdiscormidi.czgarzon@gmail.com>

Buenos días, Dr. Juan Felipe Trujillo

Teniendo en cuenta el correo que antecede, respetuosamente solicito los datos de ubicación de la menor, nombres de los progenitores y teléfono, con el fin de realizar el registro del reporte en SIM.

Quedo atenta,

Cordialmente,



Adriana Maryori Patiño Samboni
Profesional Universitaria – Servicios y Atención
Centro zonal Garzón
ICBF Sede Regional Huila
Calle 8 N° 6-38 - Barrio centro
Teléfono: (608)-8604700- Ext. 840012
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener información reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co

De: Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>

Enviado: martes, 9 de diciembre de 2025 6:16 p. m.

Para: Adriana Maryori Patino Samboni <AdrianaM.Patino@icbf.gov.co>

Asunto: Fw: Informe accidente participante CDI LUCES DE ESPERANZA CTO_41001962025

Obtener [Outlook para iOS](#)

De: CorMiDi Garzon <cdiscormidi.czgarzon@gmail.com>

Enviado: Tuesday, December 9, 2025 4:02:25 PM

Para: Irma Constanza Almario Perdomo <Irma.Almario@icbf.gov.co>; Ruby Fernanda Pena Suarez <Ruby.Pena@icbf.gov.co>

Asunto: Informe accidente participante CDI LUCES DE ESPERANZA CTO_41001962025

[Texto citado oculto]

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: Este mensaje y sus anexos pueden contener informacion reservada del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF que interesa solamente a su destinatario. Si Usted no es el destinatario, debe borrarlo totalmente de su sistema, notificar al remitente y abstenerse en todo caso de divulgarlo, reproducirlo o utilizarlo. Se advierte igualmente que las opciones contenidas en este mensaje o sus anexos no necesariamente corresponden al criterio institucional del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. Si Usted es el destinatario, le solicitamos tener absoluta reserva sobre el contenido, los datos e información de contacto del remitente o a quienes le enviamos copia y en general la información del mensaje o sus anexos, a no ser que exista una autorización explícita a su nombre. Sitio web: www.icbf.gov.co

CONFIDENTIALITY NOTICE: This message and any attachments may contain confidential information from INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF of interest only to the recipient. If you are not the recipient, you must completely erase it from your system and notify the sender in any case refrain from disclosing it reproduce or use. It also warns that the options contained in this message or its attachments do not necessarily correspond to the institutional approach of INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF. If you are the recipient, we request you to have absolute secrecy about the content, data and contact information of the sender or to whom we sent back and general information message or its attachments, unless there is an explicit authorization to its name. Web site: www.icbf.gov.co

CorMiDi Garzon <cdiscormidi.czgarzon@gmail.com>

10 de diciembre de 2025 a las 10:14 a.m.

Para: Adriana Maryori Patino Samboni <AdrianaM.Patino@icbf.gov.co>

Cordial saludo.

Anexo información solicitada sobre la participante MARIANA PEÑA ANGULO:

- Dirección: calle 3 # 18 -45 LAS AMERICAS.
- Padre: CC 1144054046 ESTIVEN PEÑA SINISTERRA.
- Madre: CC 1007569163 KAROL XIMENA ANGULO MOYA.
- Teléfono: PADRE 3506586691 - MADRE 3053450554.

Quedo atento a cualquier inquietud o información.

Cordialmente,
Juan Felipe Trujillo
Representante Legal
CorMiDi

[Texto citado oculto]



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL



Adhesivo Copia
Registro Civil

26606774-2

NUIP

1131125238

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

60578233

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	☒	Notaría	☐	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	A	M	B
---------------	-------------------------------------	---------	--------------------------	--------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------	---	---	---

Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI HOSPITAL CAÑAVERALEJO *****

Datos del Inscrito

Primer Apellido	PEÑA *****	Segundo Apellido	ANGULO *****
-----------------	------------	------------------	--------------

Nombra(s)
MARIANA *****

Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	Factor RH							
Año	2	0	2	0	Mes	N	O	V	Día	0	4	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI *****

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO *****	163954086 *****

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

Apellidos y nombres completos
ANGULO MOYA KAROL XIMENA *****

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1007569163 *****	COLOMBIA *****

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

Apellidos y nombres completos
PEÑA SINISTERRA ESTIVEN *****

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1144054046 *****	COLOMBIA *****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
PEÑA SINISTERRA ESTIVEN *****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1144054046 *****	

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 2 0 2 0 Mes N O V Día 0 5	 GRACIELA MOSQUERA TORRES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
 Firma	 GRACIELA MOSQUERA TORRES Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS



FORMATO DE NOVEDADES Y SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DE UDS:

Mariana Peña Angulo

Nº DE DOCUMENTO: 1131125.238

Jennifer Andiea Cuspián

MUNICIPIO:

6. Administración de medicamentos

12. Otro

SEGUIMIENTO

El día de hoy llega la niña en compañía de su papá con unas pequeñas heridas en el que informa que el fin de semana la niña

E. Strong Per

estuvo donde los abuelos y se subió a un
palo de mango en el que le cayó mancha
en la cara y rayada en la pierna izquierda

Jennifer C

en el que el Papá indica decir que de la niña
por desobediente le ocurrió lo dicho.

estando en el aula siendo las 9:40am en el momento de estar en la actividad de Bienvenida de manera voluntaria la niña nos indica

a las protes que se gemo el dedito con chispetas mariposas, en el que de inmediato la docente le indaga nuevamente a la niña que le había ocurrido en la casita explicando la niña

Jennifer L

keol
ximenc
A.M

En las horas de la salida
siendo las 3:40pm se le
interroga a la mamá de la
menor lo que sucedió con la

haberse quemado tambien con las chisritas y no fue con ningunos mango; Por tal motivo se procede a informar a la coordinadora

y psicóloga sobre lo sucedido, en el que se le recomienda al papá pasar por revisión médica.

nina en el que indica haberse
quedado en la finca con la abuela
en el que basando mano le
cayo mancha quemando la piel de
la nina e igual fue con la

sobrinita ese día se encontraba
allí indicando que la niña era
sino mentirosa diciendo cosas que
no era y el dedo había sido

durante el conversatorio con la psicóloga, la niña Mariana manifiesta que se queja con una "chupita". Mientras vela estaba el hecho, señalaba las partes del cuerpo donde presento las quemaduras.

[Signature]

Want
+ more
AM

cosiendo las vetitas y que como se evidencia ella es necia no obedece y que igual manera se ha vuelto muy mentirosa.



NIT. 860.009.174-4

POLIZA ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL

Nro. 61-68-1000001512

ANEXO DE POLIZA No 51

SUCURSAL	FECHA DE EXPEDICION	VIGENCIA SEGURO		TIPO DE DOCUMENTO
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	DIA MES AÑO 09 12 2025	DESDE LAS 24 HORAS DIA MES AÑO 05 12 2025	HASTA LAS 24 HORAS DIA MES AÑO 12 12 2025	FACTURACION PERIODICA
DATOS TOMADOR				
NOMBRE	CORPORACION EL MINUTO DE DIOS DE GARZON			DOCUMENTO: NIT 891101024-3
DIRECCION	CALLE 3 NO. 4 - 71	CIUDAD	GARZON, HUILA	TELEFONO 8332624
ASEGURADOS:	USUARIOS CONTRATO N° 41001962025			
BENEFICIARIOS:	LOS DE LEY			
INTERMEDIARIOS		DISTRIBUCION DEL COASEGURO		
INTERMEDIARIO	PARTICIPACION	NOMBRE COMPAÑIA	% PART	VALOR ASEG.
83048 CARLOS ANGEL CONSULTORIA EN SEGURO	100 %			PRIMA
INFORMACION DEL RIESGO				
CATEGORIA : 1 - USUARIOS				
AMPAROS	SUMA ASEGURADA \$	PRIMA \$	ASEGURADOS	
MUERTE ACCIDENTAL	2,064,000,000.00	51,703.00	258	
AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL	258,000,000.00	0.00	258	
AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	258,000,000.00	0.00	258	
AUXILIO POR MUERTE ACCIDENTAL DE DOCENTES O PERSONAL ADMINISTRATIVO	129,000,000.00	0.00	258	
GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE.	180,000,000.00	0.00	258	
GASTOS DE TRASLADO POR CUALQUIER CAUSA	180,000,000.00	0.00	258	
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE	903,000,000.00	0.00	258	
GASTOS MEDICOS POR ENFERMEDADES TROPICALES	258,000,000.00	0.00	258	
GASTOS MEDICOS POR REEMBOLSO POR ENFERMEDADES AMPARADAS	903,000,000.00	0.00	258	
INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE POR ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE	154,800,000.00	0.00	258	
INHABILITACIÓN, INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE POR ACCIDENTE	2,064,000,000.00	0.00	258	
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	2,064,000,000.00	0.00	258	
REEMBOLSO POR REHABILITACIÓN PSICOLÓGICA POR ABUSO SEXUAL	367,263,000.00	0.00	258	
REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ A CAUSA DE ACCIDENTE	8,385,000,000.00	0.00	258	
* RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	12,900,000.00	0.00	258	
RIESGO QUÍMICO	64,500,000.00	0.00	258	
RIESGOS BIOLÓGICOS	64,500,000.00	0.00	258	
* Valor Asegurado Total Máximo por evento				
PRIMA ANUAL	\$51,703.00	IVA	\$0.00	TOTAL A PAGAR: \$51,703.00
OBSERVACIONES				
EMISION CONTRATO N 41001962025 CUPOS DE USUARIOS 258 ...CONTINUA PAG. SIGUIENTE				
PLAN DE PAGOS:	CONTADO	CONDUCTO DE PAGOS:	DIRECTO EFECTIVO	
Hacen parte de la presente Póliza, las condiciones Generales contenidas en la forma 0, ADJUNTA.				
Artículo 1152. Salvo lo previsto en el Artículo siguiente 1153, el no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato sin que el asegurador tenga derecho para exigirlos.				
EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 9 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2025				
Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com				
				REFERENCIA PAGO: 2101500030563-2
61-68-1000001512		(415)7709998021150(8020)21015000305632(3900)000000051703(96)20261205		
FIRMA VIDEESTADO		FIRMA DEL TOMADOR		



NIT. 860.009.174-4

POLIZA ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL

61-68-1000001512

ANEXO DE POLIZA No 51

SUCURSAL	DOCUMENTO	TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	NIT 891101024-3	CORPORACION EL MINUTO DE DIOS DE GARZON	FACTURACION PERIODICA

OBSERVACIONES

132 MARLON SABASTIAN RAMOS SANCHEZ 1145737307
133 JERONIMO ALEXANDER VARGAS TROYANO 1145737227
134 SALOME FIGUEROA ROJAS 1145737232
135 LUCIANA SANCHEZ CABRERA 1145737303
136 MIGUEL ANGEL LOSADA RAYO 1077882053
137 EMMANUEL BERMUDEZ OME 1077882081
138 EMILIANO BERMUDEZ OME 1077882082
139 ANGEL ISAAC CANA PEREZ 7355612
140 YHEIDER THOMAS TORRES STERLING 1077882101
141 MIGUEL ANGEL VILLANUEVA SOTTO 1077881984
142 MAICOL STIVEN VILLEGAS LOPEZ 1077882121
143 NAUDY SALOME DELGADO LEVAZA 1077882003
144 JHONIER ESTIVEN CORREA BETANCOURT 1145737123
145 ALANNA ISABELLA VARGAS DUARTE 1077882108
146 EMELY BRISSETH URBINA PARRA 1077881993
147 EMILY SOFIA COLLAZOS CUBILLOS 1145737772
148 ALAN MATIAS QUINTERO VALDERRAMA 1078267792
149 ESTEBAN FERRO ESCOBAR 1145736941
150 IKER ESNEIDER VILLAGUIRA QUIGUA 1077881989
151 IAN DANIEL GOMEZ REYES 1145737076
152 DANNA VALENTINA MEDINA GARCES 1145737099
153 IAN MARTIN PERDOMO LOSADA 1145737100
154 JERONIMO OCHOA ARTUNDUAGA 1145736921
155 LUCIANA GOMEZ URIBE 1145736997
156 MARIANA PEÑA ANGULO 1131125238
157 ISABELLA RAMOS PACHECO 1145737053
158 JESUS DAVID ZULETA CRUZ 1145736964
159 MARIA CELESTE LOPEZ JOVEN 1145737107
160 ANA LUZ CHALA CAMACHO 1118382249
161 MARCELO TORRES JULIO 1092743473
162 IAN DANIEL LIZCANO TORRES 1145737056
163 HEILIN SALOME TOVAR LOPEZ 1077882094
164 YOHAN STIBEN HERNANDEZ HORMIGA 1145736981
165 EMMA LOSADA TAMAYO 1145737048
166 JERONIMO ANDRES GALEON CAICEDO 1077881894
167 MAILY MELISSA BALLESTEROS ELIZALDE 1077881949
168 LIAM SANTIAGO MORLES ALVARADO 1188973468
169 IVANNA MARTINEZ PUENTES 1145736695
170 AINA ISABEL FERIZ ALMARIO 1077882134
171 ELA MARIANA PEÑA VARGAS 1082131956
172 IAN GERONIMO GALEANO RAMIREZ 1077881878
173 JOHAN ALEXIS CASTILLO GALLEGO 1077881826
174 PAULINA SALOME LUNA ROA 1118030394
175 SAMANTHA ERAZO AVILEZ 1145736782
176 ZOE MARIA MARTINEZ TORRES 1077881900
177 JULIAN DAVID MURCIA NARVAEZ 1078267746
178 LIAM MATIAS GAITAN SALAZAR 1078267780
179 KENNER MATIAS MURCIA RODRIGUEZ 1075325425
180 JHONATAN DAVID PARRA RIVERA 1077881882
181 CRISTAL MARIANA ARANGO HUELLOS 1145736744
182 LUIS ALEJANDRO OSORIO CONDE 1078267762
183 MARIA VICTORIA PEREZ ALVAREZ 1077881846
184 MIGUEL ANGEL GONZALEZ RINCON 1145736800
185 SHAIRA VALENTINA BENITEZ MUCHAVISOY 1077881899
186 MAXIMILIANO BERMEO PINZON 1145736786
187 MARIANA PARRA ZUÑIGA 1145736798
188 EMILIANO GAITAN ARENAS 1077881802
189 LYAM ANDRES GUZMAN BERMEO 1145736662
190 IAN GAEL GONZALES MONTENEGRO 1077881795
191 JUAN PABLO PAREDES MOYANO 1145736696
192 DYLAN SANTIAGO RAMIREZ ORDOÑEZ 1145738082
193 EMMANUEL CRUZ CALDERON 1145736850
194 DOMINICK ALEJANDRO VARGAS CHARRY 1145737629
195 IAN MARTIN CRUZ SANCHEZ 1145738216
196 LUCIANA TORRES POLO 1077882480
197 AARON JAVIER PEÑA POLO 1077882263
198 MARIA CELESTE POLO IBÁÑEZ 1077882337
199 ANTONELLA TAMAYO BOTELLO 1145739086
...CONTINUA PAG. SIGUIENTE

TOTAL ANUAL A PAGAR:

\$51,703.00

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO DE SEGURO Y DARA DERECHO A VIDEESTADO, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO."

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 9 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2025

61-68-1000001512

FIRMA VIDEESTADO

FIRMA DEL TOMADOR

POLIZA ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL



NIT. 860.009.174-4

Nro. 61-68-1000001512

ANEXO DE POLIZA No 51

SUCURSAL	FECHA DE EXPEDICION	VIGENCIA SEGURO	TIPO DE DOCUMENTO
AGENCIA MANDATARIA - NEIVA	DIA MES AÑO 09 12 2025	DESDE LAS 24 HORAS DIA MES AÑO 05 12 2025 HASTA LAS 24 HORAS DIA MES AÑO 12 12 2025	FACTURACION PERIODICA

DATOS TOMADOR

NOMBRE	CORPORACION EL MINUTO DE DIOS DE GARZON	DOCUMENTO:	NIT 891101024-3
DIRECCION	CALLE 3 NO. 4 - 71	CIUDAD	GARZON, HUILA
TELEFONO	8332624		
ASEGURADOS:	USUARIOS CONTRATO N° 41001962025		
BENEFICIARIOS:	LOS DE LEY		

INTERMEDIARIOS	DISTRIBUCION DEL COASEGURO
INTERMEDIARIO 83048 CARLOS ANGEL CONSULTORIA EN SEGURO	PARTICIPACION 100 %
NOMBRE COMPAÑIA	% PART VALOR ASEG. PRIMA

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

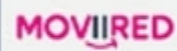
Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud:
Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PÁGINA WEB



CORRESPONSALES BANCARIOS



PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias



Seguros de Vida del Estado
Cuenta Convenio 47190



Seguros de Vida del Estado
Cuenta Convenio 008465452

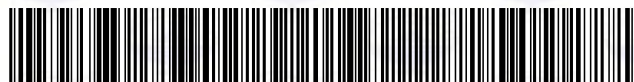
PRIMA	ANUAL	\$51,703.00	IVA	\$0.00	TOTAL A PAGAR:	\$51,703.00
-------	-------	-------------	-----	--------	----------------	-------------

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO DE SEGURO Y DARA DERECHO A VIDEOSTADO, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.*

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 9 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2025

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR
EFFECTIVO		
CHEQUE		
TOTAL \$		



(415)7709998021150(8020)21015000305632(3900)000000051703(96)20261205

REFERENCIA
PAGO:
2101500030563-2

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE