**COMPROMISO DE CERTIFICADOS DE SALUD JARDÍN CHAMINADE PORTAL DE LOS SUEÑOS**

YO: Jhoan Camilo Molina

CON: CC x TI ___ PPT ___ OTRO ___ No Identificación: 1026597531

PADRE DEL NIÑO O NIÑA: Emily Juliana Martinez

IDENTIFICACIÓN: 1033831222 FECHA DE NACIMIENTO: 07 / 02 / 2022

NIVEL: Pre jardin EDAD: 3años FECHA DE VERIFICACIÓN: 06 / 10 / 2025

PROFESIONAL EN ATENCIÓN: Adriana Gonzalez

Teniendo en cuenta que mi hijo/hija no cuenta con la documentación completa que garantiza el derecho a la salud, me comprometo a traer los certificados pendientes el próximo 06 / 11 / 2025, reconociendo que de no cumplir con lo estipulado en este documento estaré citado con la profesional en psicología, quien iniciará el proceso correspondiente con el fin de garantizar los derechos del participante.

| DOCUMENTACIÓN | SI | NO | PRÓXIMO CONTROL | FIRMA DEL PADRE MADRE O ACUDUENTE |
|---|---|---|---|---|
| Certificado médico (VIGENTE) | | | | |
| Certificado de crecimiento y desarrollo | | | | |
| Valoración de optometría (VIGENTE) | | | | |
| Valoración de audiometría (VIGENTE) | | | | |
| Valoración de odontología (VIGENTE) | | X | | Jhoan camilo M |
| Valoración por especialista | | | | |

FORMATO NO CONTROLADO

Observaciones: _____

Powered by CamScanner

**COMPROMISO DE CERTIFICADOS DE SALUD JARDÍN CHAMINADE PORTAL DE LOS SUEÑOS**

YO: Yennifer Cobi

CON: CC___ TI___ PPT X OTRO___ No Identificación: 5164148

PADRE DEL NIÑO O NIÑA: Daniel Jesús Osorio

IDENTIFICACIÓN: 1023048110 FECHA DE NACIMIENTO: 06/09/2021

NIVEL: Pejardin EDAD: 3años FECHA DE VERIFICACIÓN: 06/10/2025

PROFESIONAL EN ATENCIÓN: Adriana Gonzalez

Teniendo en cuenta que mi hijo/hija no cuenta con la documentación completa que garantiza el derecho a la salud, me comprometo a traer los certificados pendientes el próximo 06/11/2025, reconociendo que de no cumplir con lo estipulado en este documento estaré citado con la profesional en psicología, quien iniciará el proceso correspondiente con el fin de garantizar los derechos del participante.

| DOCUMENTACIÓN | SI | NO | PRÓXIMO CONTROL | FIRMA DEL PADRE MADRE O ACUDUENTE |
|---|---|---|---|---|
| Certificado médico (VIGENTE) | | | | |
| Certificado de crecimiento y desarrollo | | | | |
| Valoración de optometría (VIGENTE) | | | | |
| Valoración de audiometría (VIGENTE) | | | | |
| Valoración de odontología (VIGENTE) | | + | | Jennifer Cobi |
| Valoración por especialista | | | | |

FORMATO NO CONTROLADO

Observaciones:

Powered by CamScanner

**COMPROMISO DE CERTIFICADOS DE SALUD JARDÍN CHAMINADE PORTAL DE LOS SUEÑOS**

YO: Arlyn. Diaz

CON: CC___ TI___ PPT X OTRO___ No Identificación: 6531964

PADRE DEL NIÑO O NIÑA: Junior Alexander Diaz

IDENTIFICACIÓN: 1031858337 FECHA DE NACIMIENTO: 29/04/2021

NIVEL: Prejardin EDAD: 3años FECHA DE VERIFICACIÓN: 06/10/2025

PROFESIONAL EN ATENCIÓN: Adriana Gonzalez

Teniendo en cuenta que mi hijo/hija no cuenta con la documentación completa que garantiza el derecho a la salud, me comprometo a traer los certificados pendientes el próximo 06/11/2025, reconociendo que de no cumplir con lo estipulado en este documento estaré citado con la profesional en psicología, quien iniciará el proceso correspondiente con el fin de garantizar los derechos del participante.

| DOCUMENTACIÓN | SI | NO | PRÓXIMO CONTROL | FIRMA DEL PADRE MADRE O ACUDUENTE |
|---|---|---|---|---|
| Certificado médico (VIGENTE) | | | | |
| Certificado de crecimiento y desarrollo | | | | |
| Valoración de optometría (VIGENTE) | | X | | Arlyn S. |
| Valoración de audiometría (VIGENTE) | | X | | Arlyn S. |
| Valoración de odontología (VIGENTE) | | X | | Arlyn S. |
| Valoración por especialista | | | | |

FORMATO NO CONTROLADO

Observaciones:

Powered by CamScanner

**COMPROMISO DE CERTIFICADOS DE SALUD JARDÍN CHAMINADE PORTAL DE LOS SUEÑOS**

YO: Grisel Diaz

CON: CC___ TI___ PPT ___ OTRO X No Identificación: 5716551

PADRE DEL NIÑO O NIÑA: Alianis Alejandra calzadilla

IDENTIFICACIÓN: 1.206 227 299 FECHA DE NACIMIENTO: 07 / 08 / 2021

NIVEL: Prejardin EDAD: 4 años FECHA DE VERIFICACIÓN: 01 / 10 / 2025

PROFESIONAL EN ATENCIÓN: Adriana Gonzalez.

Teniendo en cuenta que mi hijo/hija no cuenta con la documentación completa que garantiza el derecho a la salud, me comprometo a traer los certificados pendientes el próximo 01 / 11 / 2025., reconociendo que de no cumplir con lo estipulado en este documento estaré citado con la profesional en psicología, quien iniciará el proceso correspondiente con el fin de garantizar los derechos del participante.

| DOCUMENTACIÓN | SI | NO | PRÓXIMO CONTROL | FIRMA DEL PADRE MADRE O ACUDUENTE |
|---|---|---|---|---|
| Certificado médico (VIGENTE) | | X | | Grisel Diaz |
| Certificado de crecimiento y desarrollo | | X | | Grisel Diaz |
| Valoración de optometría (VIGENTE) | | X | | Grisel Diaz |
| Valoración de audiometría (VIGENTE) | | X | | Grisel Diaz |
| Valoración de odontología (VIGENTE) | | X | | Grisel Diaz |
| Valoración por especialista | | | | |

DOCUMENTO NO CONTROLADO

Observaciones:

Powered by CamScanner

**COMPROMISO DE CERTIFICADOS DE SALUD JARDÍN CHAMINADE PORTAL DE LOS SUEÑOS**

YO: Jose Mota.

CON: CC___ TI___ PPT ___ OTRO X___ No Identificación: 24818648.

PADRE DEL NIÑO O NIÑA: Emma Daniadna Aguilera Vargas.

IDENTIFICACIÓN: CD 580281. FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___

NIVEL: Prejardín EDAD: 4 años FECHA DE VERIFICACIÓN: 1/10/2025

PROFESIONAL EN ATENCIÓN: Edna López.

Teniendo en cuenta que mi hijo/hija no cuenta con la documentación completa que garantiza el derecho a la salud, me comprometo a traer los certificados pendientes el próximo 1/11/2025, reconociendo que de no cumplir con lo estipulado en este documento estaré citado con la profesional en psicología, quien iniciará el proceso correspondiente con el fin de garantizar los derechos del participante.

| DOCUMENTACIÓN | SI | NO | PRÓXIMO CONTROL | FIRMA DEL PADRE MADRE O ACUDUENTE |
|---|---|---|---|---|
| Certificado médico (VIGENTE) | | X | | |
| Certificado de crecimiento y desarrollo | | X | | |
| Valoración de optometría (VIGENTE) | | X | | |
| Valoración de audiometría (VIGENTE) | | X | | |
| Valoración de odontología (VIGENTE) | | X | | |
| Valoración por especialista | | | | |

FORMATO NO CONTROLADO

Observaciones: _____

Powered by CamScanner

**COMPROMISO DE CERTIFICADOS DE SALUD JARDÍN CHAMINADE PORTAL DE LOS SUEÑOS**

YO: Verónica leguizamón

CON: CC X TI ___ PPT ___ OTRO ___ No Identificación: 1000365657.

PADRE DEL NIÑO O NIÑA: Ashley Salomé Sanchez leguizamón.

IDENTIFICACIÓN: 1023047049. FECHA DE NACIMIENTO: 04 / 08 / 2021.

NIVEL: Prejardin EDAD: 4 FECHA DE VERIFICACIÓN: 05 / 09 / 2025

PROFESIONAL EN ATENCIÓN: Edna lopez.

Teniendo en cuenta que mi hijo/hija no cuenta con la documentación completa que garantiza el derecho a la salud, me comprometo a traer los certificados pendientes el próximo 05 / 10 / 2025, reconociendo que de no cumplir con lo estipulado en este documento estaré citado con la profesional en psicología, quien iniciará el proceso correspondiente con el fin de garantizar los derechos del participante.

| DOCUMENTACIÓN | SI | NO | PRÓXIMO CONTROL | FIRMA DEL PADRE MADRE O ACUDUENTE |
|---|---|---|---|---|
| Certificado médico (VIGENTE) | | | | |
| Certificado de crecimiento y desarrollo | | | | |
| Valoración de optometría (VIGENTE) | | | | |
| Valoración de audiometría (VIGENTE) | | | | |
| Valoración de odontología (VIGENTE) | | X | | |
| Valoración por especialista | | | | |

FORMATO NO CONTROLADO

Observaciones: Ya asistió a consulta odontológica pero requiere tratamiento, cuando lo termine le entregarán certificado.

- continúa en tratamiento odontológico 28/10/2025

Powered by CamScanner