TABLA DE CONTENIDO

1. Ficha de matricula
2. Registro civil
3. Autorización cuéntame
4. Formato Manejo de la información datos personales
5. Formato de autorización uso de imagen
6. Acta de Compromiso
7. Ficha de caracterización.
8. Cédula de los padres
9. Red Unidos (si aplica)
10. Desplazados (si aplica)
11. Recibo público
12. Certificado Adres (Fosyga)
13. Certificado EPS
14. Fotocopia del puntaje de Sisbén
15. Certificados médicos
    - Visual
    - Odontológico
    - Auditivo
    - Médico
16. Carnet de vacunas - Copia
17. Carnet de crecimiento y desarrollo - Copia
18. Copia de diagnóstico de niños con discapacidad (si aplica)
19. Certificado de pertenencia a comunidad indígena (si pertenece a éste)
20. Anexos

Huellas de Amor	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

FICHA DE MATRICULA



UNIDAD DE SERVCIO: CDI MI PEQUEÑO VALLE ESCONDIDO

MUNICIPIO:TESALIA

FECHA DE INGRESO:			NIVEL A QUE INGRESA
1	07	2025	Exploradores 2

NOMBRE COMPLETO PARTICIPANTE	Alan Mathias Moreno Suarez.
TIPO DOCUMETO Y NUMERO	RC. 1026603576
CIUDAD Y FECHA DE NACIMIENTO	Bogota D.C 02 Agosto 2021
EDAD ACTUAL/ (A LA FECHA DE INGRESO)	4
DIRECCION DE RESIDENCIA	Carrera 4 - 4-69 Y 044.
TIPO DE SANGRE	B+
TELEFONOS	3114993163
NOMBRE EPS Y REGIMEN	Sanitas | SUBS. | CONTRIB.
PUNTAJE SISBEN – No FICHA	
CRITERIO DE FOCALIZACION	
CONDICION DE DISCAPACIDAD	N/A
NOMBRE DEL PADRE (niñ@)	Jose Libardo Moreno Moreno
OCUPACION	Conductor transmilenio
NUMERO DE CONTACTO	3219534036
NOMBRE DE LA MADRE (niñ@)	Angelica Maria Suarez Cardenas
OCUPACION	Independiente
NUMERO DE CONTACTO	3133431263 - 3114993163
NOMBRE ACUDIENTE	Angelica Maria Suarez Cardenas
OCUPACION	Independiente.
NUMERO DE CONTACTO	3133431263 - 3114993163
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR	Maria del socorro Garcia
PARENTESCO CON PARTICIPANTE	Suegra.
TELEFONO	3134772053
AUTORIZACION PARA RECOGER (niñ@) ANEXAR FOTOCOPIA CEDULA	Maria del Socorro Garcia.
CEDULA NUMERO	26 515 467
PARENTESCO	Abuelastra

FIRMA PADRE DE FAMILIA

FIRMA ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVA

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copias Registro Civil

NUIP 1.026.800.571

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61460536

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Departamento: Notaría: Número: Consulado: Corregimiento: Inspección de Policía: Código A F 2

REGISTRADURIA DE LOS MARTIRES BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido: SUAREZ

Segundo Apellido:

Nombre(s): ALLAN MATHIAS

Fecha de nacimiento: Año 2 0 0 1 Mes A B R Día 0 8

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: B

Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 165918479

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas indígenas con doble nacionalidad, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indique los documentos para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: SUAREZ CARDENAS ANGELICA MARIA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.016.128.246

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre o padre (Para casos de parejas indígenas con doble nacionalidad, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indique los documentos para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: MORENO MORENO JOSE LIBARDO

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.016.007.121

Nacionalidad: COLOMBIA

Declarante

MORENO MORENO JOSE LIBARDO

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.016.007.121

Firma: José Libardo Moreno

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Firma:

Fecha de inscripción: Año 2 0 0 1 Mes A G O Día 1 1

Nombre y firma del funcionario que autorice: MIGUEL ELIAS PUMAREJO SANCHEZ

Nombre y firma:

Reconocimiento: Paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Notaría:

Nombre - firma:

ESPACIO PARA NOTAS

ESTE REGISTRO ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL DEL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO ARTICULO 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970. VIGENCIA PERMANENTE ARTICULO 3 DECRETO 2158 DE 1983. SE OMITE SELLO ARTICULO 11 DECRETO 2150 DE 1995

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOGRÁFICA ES FIEL COPIA DE LA [illegible] QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

MIGUEL ELIAS PUMAREJO SANCHEZ
REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

COPIA PARA EL INTERESADO

Huellas de Amor	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

Centro de Desarrollo Infantil

AUTORIZACION CUENTAME

AUTORIZO:

Para dar cumplimiento a la política de tratamiento de datos personales para los operadores o custodios de la información de beneficiarios ICBF, en referencia del capítulo 4. Definiciones relevantes de la política de tratamiento, que dice textualmente: "**Autorización: consentimiento previo, expreso e informado del titular para llevar a cabo el tratamiento de datos personales.**"

Los aquí firmantes autorizamos a la Representante Legal de la **CORPORACION CORHUELLAS** y **CDI MI PEQUEÑO VALLE ESCONDIDO**, que la información y documentos que hemos suministrado al momento de matricular a nuestro hijo (a), pueda ser ingresado al SGSI sistema de gestión de seguridad de la información del ICBF, en el aplicativo Cuéntame.

Dado en Tesalia a los un (1) días del mes de Julio de 2025.

_____	Angelica suarez cardenas
PADRE:	MADRE:
C.C. _____ DE _____	C.C. 1012429248 DE Bogota

5

AUTORIZACION MANEJO DE DATOS PERSONALES

El abajo firmante, en su nombre propio y/o en nombre de la entidad que representa, declara que la información suministrada es verídica y da su consentimiento expreso e irrevocable al **CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA,** o a quien en el futuro haga sus veces como titular del servicio solicitado, para:

1- Autorización de Reporte y Consulta Operadores de Información (Ley 1266 de 2008) El abajo firmante, en su nombre propio y/o en nombre de la entidad que representa, declara que la información suministrada es verídica y da su consentimiento expreso e irrevocable al al **CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA**, o a quien en el futuro haga sus veces como titular del servicio solicitado, para:

a. Consultar, en cualquier tiempo, en cualquier base de datos manejada por un operador de información, toda la información relevante para conocer su desempeño como la viabilidad para entablar, mantener o exigir el cumplimiento de una relación contractual o para cualquier otra finalidad.
La autorización anterior no impedirá al abajo firmante o su representada ejercer el derecho a corroborar en cualquier tiempo en la entidad o en la central de información de riesgo a la cual se hayan suministrado los datos, que la información suministrada es veraz, completa, exacta y actualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de su desacuerdo, a exigir la rectificación y a ser informado sobre las correcciones efectuadas.

2- Autorización Tratamiento Información Personal (Ley 1581 de 2012) El abajo firmante, en su nombre propio y/o en nombre de la entidad que representa actuando libre y voluntariamente, AUTORIZA de manera expresa a la **CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA**, o a quien represente sus derechos, a realizar el tratamiento de sus datos personales recolectados por medio del presente formulario en los términos expresados en la política de tratamiento de la información personal de empleados, clientes y proveedores de la **CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA** Lo anterior, con el propósito de garantizar la prestación de servicios que ofrece a la **CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA**, a sus empleados y clientes; de adoptar medidas tendientes a la prevención de actividades ilícitas; de cumplir con las obligaciones contractuales adquiridas; y de ejecutar las demás actividades afines con la relación contractual con la **CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA.**

3- Reconozco que en mi calidad de titular de los datos personales, tengo derecho a solicitar la supresión de aquellos datos personales no requeridos para el cumplimiento de deberes contractuales y legales, y ejercer los demás derechos relacionados con el habeas data y establecidos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, y precisados en la política de tratamiento de la información personal de empleados, clientes y proveedores del al **CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA.**

4- Autorización Tratamiento Datos Sensibles (Ley 1581 de 2012) El abajo firmante, en su nombre propio y/o en nombre de la entidad que representa, AUTORIZA de manera voluntaria, previa, explicita, informada e inequívoca a la **CORPORACION HUELLAS DE AMOR**

PARA TU VIDA, para que, en los términos del literal a) del artículo 6 de la ley 1581 de 2012, realice la recolección, almacenamiento, uso. Circulación, supresión, y en general, tratamiento de mis datos sensibles como mi huella dactilar y demás datos biométricos, así como el dato personal relativo a

5- la imagen fotográfica para que dicho tratamiento se realice con la finalidad de validar mi identidad y adelantar gestiones pertinentes para prevenir suplantación, fraudes, o demás delitos tipificados por la ley penal, cuando así lo determine la **CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA**, y en la forma que esta considere pertinente, durante la celebración, ejecución e inclusive una vez terminado el contrato que suscriba esta sociedad con el abajo firmante.

Así mismo, la huella dactilar del abajo firmante quedara registrada en el contrato a que se ha hecho referencia, en caso que este se celebre, y hará las veces de firma electrónica con fundamente en lo dispuesto en la normativa vigente. Se informa que por tratares de datos sensibles el abajo firmante no está obligado a autorizar su tratamiento.
Reconozco que en mi calidad de titular de los datos personales, tengo derecho a solicitar la supresión de aquellos datos personales no requeridos para el cumplimiento de deberes contractuales y legales, y ejercer los demás derechos relacionados con el habeas data y establecidos en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1477 de 2013 y precisados en la política de tratamiento de la información personal de los empleados, clientes y proveedores del al **CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA.**

En constancia de haber sido suficientemente informado del contenido y alcance de esta autorización ser firma la presente:

Firma _____

Nombre completo Angelica maria soarez

Documento de identidad 1012429248

Empresa representada Corporacion Corhuellas

NIT de la empresa 900192801-0

Lugar y fecha : TESALIA, 01 / Julio **2025**

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 Alan Mathias Moreno Suarez, identificado (a) con documento de identidad número 1026603576 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	✓

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Angelica Maria Suarez Cardenas, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1012429248, 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

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__**CDI MI PEQUEÑO VALLE ESCONDIDO**__, 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 INSTITUCIONAL**___

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: Angelica suarez cardenas
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3133431263
Fecha: 1 de Julio 2025
Municipio: **TESALIA**

Huellas de Amor	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.901-0		**CÓDIGO:** AG-DC-018
	Fecha de elaboración: *24 de febrero del 2024*	**Fecha última modificación:** *24 de febrero del 2025*	**Versión:** 1

ACTA COMPROMISO PADRES DE FAMILIA

Padres de familia, reciban un atento saludo de bienvenida, es grato para el **CDI MI PEQUEÑO VALLE ESCONDIDO** brindar atención integral a sus niños y niñas beneficiarios, les agradecemos la confianza depositada en nosotros para el cuidado de niños y niñas .

Hago constar que escogí libremente el **CDI MI PEQUEÑO VALLE ESCONDIDO** para la atención integral de mi hijo (a) y me comprometo a:

Yo, Angelica Maria Suarez Cardenas.
padre del niño, niña Alan Mathias Moreno Suarez me comprometo con **CDI MI PEQUEÑO VALLE ESCONDIDO** a:

1. Cumplir con el horario de entrada (8:00 am), y la salida (4:00 pm)
2. Velar por una adecuada presentación personal de sus hijos; orientar y controlar las tareas y demás actividades dejadas por los Agentes Educativos para el desarrollo pedagógico del menor.
3. No traer al niño o niña cuando se encuentre en estado delicado de salud.
4. Cuidar el aseo personal del niño o niña, revisando su cabecita, uñas, etc.
5. Asistir a todas las reuniones convocadas tanto por la Coordinadora, Agentes Educativos de cada nivel, apoyo psicosocial, salud-nutrición y por el Representante Legal de la EAS.
6. Los niños no deben traer joyas, ni objetos de valor al **CDI MI PEQUEÑO VALLE ESCONDIDO.**
7. Informar cualquier cambio de dirección, teléfono y actualizar documentación según lo indicado del hogar (Control de crecimiento y desarrollo – Vacunas)

Por lo tanto, el trabajo de formación con los padres de familia se centra en acciones concretas con los niños para entender el sentido que tienen e impulsar el desarrollo de cada uno de los procesos psicológicos, nutricionales y pedagógicos.

En constancia de lo anterior,

FIRMA PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE

8

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.012.429.248**

SUAREZ CARDENAS

APELLIDOS

ANGELICA MARIA

NOMBRES

angelica maria Suarez.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-OCT-1995**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54	O+	F
ESTATURA	G.S RH	SEXO

03-FEB-2014 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1500150-00549016-F-1012429248-20140222 0037359114A 1 40582511

9

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.016.007.121

MORENO MORENO

JOSE LIBARDO

José L Moreno



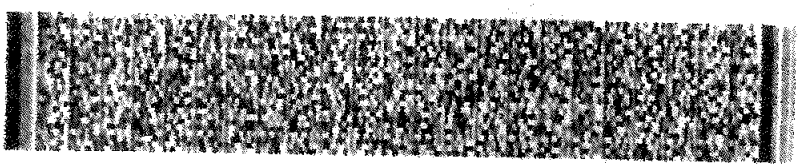


FECHA DE NACIMIENTO 13-NOV-1987
BOYACA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

27-DIC-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL



A-1500104-48142773-M-1016007121-20060330 0001802606(A)(02 20060330

Alcanos de Colombia S.A. E.S.P.

Código de usuario y/o referencia: 287575

PEÑA ORTIZ SANDRA LILIANA

CR 4 Nro 4 44 ND ASIGNADO

TESALIA

Total a pagar 1 + 2 $22.920,00

Fecha vencimiento: 2029-08-30

Revisión periódica

Factura electrónica de venta FACT15662176

Pago oportuno hasta: 2025-09-10

Fecha de suspensión: 2025-09-11

Fecha y hora de generación: 2025-08-20

Fecha y hora de expedición: 2025-08-20

Forma de pago: Crédito

Ruta: 116010133990 Ciclo: 43

Último pago: 2025-07-26 Atraso: 0

Nro. Fact. Anterior: 1 889 Corriente: 1 889 Nro. Próx. Servicio: 0 467

Notas de interés: $0,00

CUFE: 75e0082716...

Lectura	Fecha	Tipo
Actual	3874	2025-07-18	Real
Anterior	3884	2025-08-19	Real

Factor de corrección: 0,914 Consumo facturado: 9,14

Consumos anteriores (m³)

Mes	Prom	JUL	JUN	MAY	ABR	MAR	FEB
M3	8,21	9,67	9,02	9,02	9,02	8,03	9,02

Observaciones de la lectura

1 Concepto | Cantidad | Und | Vr. unitario | Subtotal | IVA | Total

02	PEA...	UND	1,00	$ 1.62...	0	$ 1.62...
02	SERVICIO PRESTADO	UND	9,14	$5.770,92	$52.271,75	0	$52.271,75
09	Subsidio	UND	9,14	$-3.211,29	$-29.351,75	0	$-29.351,75

Subtotal $22.920,00

¡COMPRA LO QUE NECESITAS!

USA TU CUPO Y HAZLO REALIDAD

Escanea, registrate y financia

Cupo disponible

$0,00

Subtotal $0,00

Valor total $22.920,00

2 Concepto | Und | Cant | Vr. unitario | Subtotal | IVA | Total

Subtotal $0,00

2 Concepto | Saldo | Cuota mes: Cuota | Interés | Vr. cuota | Nuevo saldo | Cuotas pend

Total ítems 2

Total factura electrónica $52.271,15

Total a pagar 1 + 2 $22.920,00

Pague solo en cajas y puntos autorizados por la empresa

Usuario

Vigilado Superservicios

0139552105

Recaudador

Puede atenta contra su vida, la de sus vecinos y pone en riesgo su inmueble. Denuncielo. LÍNEA DE ATENCION 6015650041 – LÍNEA EMERGENCIA 164 – 018000918809

Código usuario y/o referencia: 287575

Período de facturación: 19-JUL-2025-19-AGO-2025

Factura electrónica de venta: FACT15662176

Pague hasta: 2025-09-10

Total a pagar: $22.920,00

(415)7709998004139(8020)171903078(3900)000022920(96)20250910

FAVOR NO DOBLAR CABLES SOBRE EL CODIGO DE BARRAS

Tesalia Huila, 1 Agosto 2025

Señores
CDI MI PEQUEÑO VALLE ESCONDIDO
TESALIA

Respetados(as) señores(as):

Yo. Angelica Suarez C identificado con cédula de ciudadanía No. 1012429248 en *calidad de acudiente de mi hijo(a).* Alan Mathias Moreno *me permito informar que, por* motivos personales, no me es posible realizar en este momento el proceso de portabilidad.

Sin embargo, me comprometo de manera responsable a estar al día en todos los procesos que se soliciten para el bienestar de mi hijo(a), tales como la valoración integral, la higiene bucal y las demás actividades o disposiciones que la institución indique.

Agradezco su comprensión y apoyo.

Atentamente,

[Firma] Angel

Nombre del padre de familia Angelica Suarez

C.C. No. 1012429248

12

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	1026603576
NOMBRES	ALAN MATHIAS
APELLIDOS	MORENO SUAREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	02/08/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/26/2025 18:51:44	**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**,

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

13

A4

Fecha de consulta: 29/10/2025

Ficha: 41797125940600000176

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ALAN MATHIAS

Apellidos: MORENO SUAREZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1026603576

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/10/2025

Última actualización ciudadano: 16/10/2025

Última actualización vía registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: DANIELA VALENTINA MUÑOZ LOP

Dirección: Carrera 9 No 6 -

Teléfono: 8377022 - 31446476

Correo Electrónico: sisben@tesalia-huila.gov

HOSPITAL SANTA TERESA DE TESALIA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

891103889 - 6

CERTIFICACION MEDICA

Certificado No.:**10000102**
Fecha de Registro: 18-jul-2025
Historia No.: 1026603576

Entidad Administradora: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS EPS**

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	No.identificación :	RC: 1026603576
Sexo:	M	Edad :	4 Años
Ciudad de residencia:	TESALIA, HUILA	Estado civil:	MENOR DE EDAD
Dirección residencia:	BARRIO PORVENIR	Teléfono:	3114993163

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : 14.7 Kg Talla 98.6 cm

CAMPO VISUAL

Ojo Derecho : Visión normal Ojo Izquierdo Visión normal

OBSERVACIONES GENERALES

CERTIFICO QUE EL PACIENTE EN CUESTIÓN SE PRESENTA CON ESTADO DE SALUD ÓPTIMO, ACTUALMENTE SIN COMPROMISO SITEMICO, NO PRESENTA ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS ADECUADAS PARA LA EDAD, EXAMEN FISICO SIN ALTERACIONES. AGUDEZA VISUAL SIN ALTERACIONES, AGUDEZA AUDITIVA SIN ALTERACIONES, DESAROLLO NEUROLOGICO Y DEL LENGUAJE ADECUADO PARA LA EDAD.
LA PRESENTE CONSTANCIA SE EXPIDE A PETICIÓN DEL INTERESADO EL DÍA 18/07/2025.

CAMARGO PATRÓN JUAN PABLO
MEDICINA GENERAL
Registro Medico No. 1007418686
Documento Medico No. CC 1007418686

Firma del profesional de la salud

15

Dentusalud TESALIA

CERTIFICADO

Nombre del paciente: ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ

Edad: 4 AÑOS

Documento de identidad: 1026603576

Acudió a consulta odontológica, realizándose los siguientes procedimientos:

EXAMEN ORAL DE PRIMERA VEZ, ADAPTACION Y CONTROL DE PLACA BACTERIANA

Diagnóstico: SANO

Se recomienda continuar lo más pronto posible con el tratamiento si es necesario, en el caso contrario asistir a control y prevención en 6 meses.

Para constancia se expide el presente a petición del interesado, y para los fines que éste estime conveniente

Lugar y fecha: TESALIA HUILA 23-09-25

Julián Andrés Pérez
ODONTÓLOGO C.O.C.
R.M. 2163 C.C. 83.254.541

Firma del profesional

Carrera 5 # 6-16 cel 3219124059 Tesalia-Huila
Julianperez543@hotmail.com
DEVOLVIENDO SONRISAS

...T CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
...ICACION E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

...de nacer | Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

...mes de vida | Fecha:

...GUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Fecha de cita programada	Fecha en que asistio	Profesional que atendió

...eben recibir suplementos con Hierro y Vitamina ...desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de ...do de la estrategia **AIEPI**.

Fecha	Edad	Fecha
	42 meses	
	48 meses	
	54 meses	
	60 meses	
	66 meses	

...os se debe realizar toma de TSH al momento ...udio de hipotiroidismo.

...:

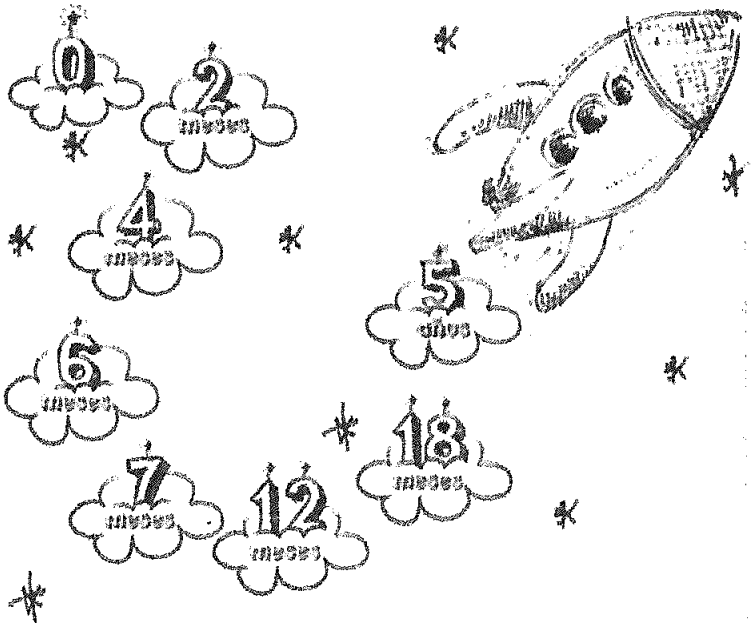
...ífico:

Exíjalo

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubeola e Influenza.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años



* Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
* En Colombia todos los días son días de vacunación.
* **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI

de cero a siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

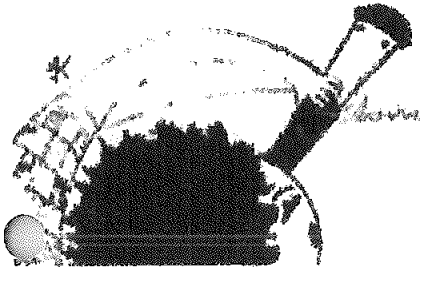
Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Alan matthias moreno [illegible]
Fecha de nacimiento: 02-08-11
Nº de certificado de nacido vivo: 765091439
Registro civil: 70266003536
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: B positivo
Peso al nacer: 2.140
Dirección: [illegible]
Teléfono: 3213551036 8106301
Responsable: Angelica [illegible]
Municipio de residencia: Bosconia
Departamento: [illegible]

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Alan Mateo Munoz Suarez

Registro Civil: 1026603326

Me protege de		Dosis	Fecha de Aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombre del Vacunador
Lactancia materna exclusiva	SI	No										
Tuberculosis B.C.G.		Única	02	08	21	Sanofi	2023CC	Clínica Sin Fronteras				Kimberly Martinez
Hepatitis B		Recién nacido	02	08	21	Sanofi	2023CC	Clínica Sin Fronteras				Kimberly Martinez
Lactancia materna exclusiva	SI	No										
Polio (Oral - IM) MSD		1ª	6	oct	21	Sanofi	2023CC	3-3-23	02	11	21	Patricia lopez
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) MSD		1ª	6	oct	21	Sanofi	2023CC	3-3-23				Patricia lopez
Rotavirus oral		1ª	10	oct	21	GSK	2805U0BP	30-11-22				Patricia lopez
Neumococo MSD		1ª	10	oct	21	GSK	AROLC434AA	31-5-22				Patricia lopez
Lactancia materna exclusiva	SI	No										
Polio (Oral - IM)		2ª										
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2ª										
Rotavirus		2ª										
Neumococo		2ª										
Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.												
Polio (Oral - IM)		3ª	9	08	22	Sanofi						claudia escobar
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) HB DPT		3ª	9	08	22	Sanofi	0321R130	8/24				claudia escobar
Influenza		1ª	9	08	21	Sanofi	NSC222000	11/23				claudia escobar
Influenza		2ª										
Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		1ª	9	08	22	Serum	0130M26A	8/23				claudia escobar
Fiebre Amarilla		1ª										
Neumococo		Refuerzo	9	08	21	Sanofi	2023CC	9/25				claudia escobar
Influenza		Anual										
Hepatitis A		ÚNICA	7	08	22	GSK	1805717	11/24				claudia escobar
Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1° Refuerzo										
Polio (Oral - IM)		1° Refuerzo										
Polio (Oral - IM)		2° Refuerzo										
Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2° Refuerzo										
Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		Refuerzo										
VPH Varicela		1ª	21	08	22	Merck	0026U1	8/23				claudia escobar
VPH		2ª										
VPH		3ª										

Bs

Estas vacunas son gratuitas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

CONSULTA EXTERNA

IDENTIFICACION

Paciente:	ALAN MATHIAS MORENO SUÁREZ	**Documento:**	AC No. 1026603576
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S	**F. Nacimiento:**	02 - ago. - 2021
Pais:	COLOMBIA **Departamento** HUILA	**Ciudad:**	TESALIA
Dirección:	CRA 4#4-43 (SANTA TERESA)	**Teléfonos:**	
Grupo poblacional:	No definido	**Etnia:**	OTRO
Nivel Educación:	No Definido	**Ocupacion:**	No se tiene el dato
Acompañante:		**Parentesco:**	

Edad: 4 Años
Sexo: M

ANAMNESIS

Motivo de la Consulta
"VENGO A CONTROL DE PRIMERA INFANCIA DE MI HIJO"

Historia Enfermedad Actual
PACIENTE DE 4 AÑOS DE VIDA SIN COMPAÑÍA DE SU MADRE CON ANTECEDENTES PERITATALES YA REFERIDO EN CONSULTAS ANTERIORES QUIEN REFIERE QUE FUE UN EMBARAZO PLANEADO Y DESEADO, PRODUCTO DE LA 2 GESTACION, PARACLINICOS E INFECCIOSOS NEGATIVOS DURANTE EL CONTROL PRENATAL DE LA MADRE Y EN EL PARTO POR CESAREA OTIVO DE PREEMCLAPSIA, NIEGA PATOLOGIAS DURANTE EL EMBARAZO NIEGA ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA QUE ASISTE A CONSULTA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA. ACTUALMENTE ASINTOMÁTICO (NIEGA FIEBRE, DIARREA, EMESIS, SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, HIPOREXIA, DISNEA NIEGA SINTOMAS OTOLOGICOS, Y OTROS), ACTIVO REACTIVO BUENA PRESENTACIÓN PERSONAL, VACUNAS AL DIA (TRAE CARNÉT). LA MENOR VIVE CON SU MADRE, PADRE Y HERMANA CON BUENAS RELACIONES INTERPERSONALES ENTRE ELLOS CON BUENA RELACION CON SU ENTORNO COMO COMPLEMENTO DE SU FAMILIOGRAMA, Y EL MENOR SIN ALTERACION EN EL ESTADO MENTAL DE FAMILIARES NI EXPOSICION AL HUMO DE LEÑA, CON ANIMALES DOMESTICOS, NO INSECTOS O ROEDORES SIN CONSULTA EN URGENCIAS EN LOS ULTIMOS MESES, SIN SIGNOS DE MALTRATO INFANTIL O VIOLENCIA DOMESTICA, REFERIDA POR ACUDIENTE Y DURANTE EL CONTROL, NO SE EVIDENCIA SIGNOS DE MALTRATO FISICO NI PSICOLOGICA.
ALIMENTACIÓN: LACTANCIA MATERNA Y MANIFIESTA QUE SE ALIMENTA CON ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA RICA EN FRUTAS VERDURAS GRANOS LACTEOS CARNES INCLUIDOS EN LAS 3 COMIDAS AL DIA.
ANTECEDENTES PERSONALES: NIEGA.
ANTECEDENTES FAMILARES: DIABETES (ABUELO) Y HIPERTENSION (ABUELA)
SUEÑO: DUERME CAMA SOLO, EN HABITACION COMPARTIDA, APROXIMADAMENTE 12 HORAS.
HABITO URINARIO Y FECAL: DEPOSICION DIARIA, CARACTERISTICAS DE LA ORINA NORMAL. CON CONTROL DE ESFINTERES, SE REALIZA LAVADO DE MANOS POSTERIOR A SALIR DEL BAÑO
USO DE DISPOSITIVOS TECNOLOGICOS: POCAS VECES.
HOSPITALIZACIONES: UCI POR PREMATUREZ.
ODONTOLOGIA: VALORACION EL DIA 23/09/2025.
PROXIMA VACUNA: PROXIMA A LOS 5 AÑOS.
TAMIZAJE AUDITIVO: SI, RESULTADO NORMAL REFERIDO POR ACUDIENTE NO TRAE REPORTE.
TAMIZAJE OFTALMOLOGICO: SI, RESULTADO NORMAL REFERIDO POR ACUDIENTE NO TRAE REPORTE.
REPORTE DE TSH NEONATAL: NORMAL
PAI COMPLETO PARA LA EDAD.
APGAR FAMILIAR: BUENA FUNCION FAMILIAR.
CUESTIONARIO VALE 0 PUNTOS

Antecedentes
FAMILIARES
- Diabetes ABUELO
- Hipertension ABUELA

REVISION POR SISTEMAS

Sintomatología General: No Refiere, Cabeza-Cuello: No Refiere, Neurológico: No Refiere, Endocrino: No Refiere, Respiratorio: No Refiere, Cardiovascular: No Refiere, Gastrointestinal: No Refiere, Genitourinario: No Refiere, Locomotor: No Refiere, Piel y Faneras: No Refiere, Osteomuscular: No Refiere,

HOSPITAL SANTA TERESA DE TESALIA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NI 891103889
TESALIA - HUILA

Atención No. 10137020
01-oct-2025 12:08 PM
Historia Clínica No.
1026603576

CONSULTA EXTERNA

EXAMEN FISICO

Signos Vitales:

Tension Arterial 98/79 Frecuencia Cardiaca 88 Frecuencia Respiratoria 28 Temperatura 36 Talla 103.5 Peso 15.9 IMC 14.99 Saturacion Oxigeno: 96% Perimetro cefálico: 48.5 Perimetro braquial: 18 PAM: 83
¿Relaciones sexuales sin protección.?: No aplica. ¿Consume alcohol.?: No aplica. ¿Consume sustancias psicoactivas.?: No aplica
¿Fuma.?: No aplica. ¿Realizó examen de mama.?: No aplica. ¿Realizó examen de prostata.?: No aplica ¿Realizó examen de agudeza visual.?: Si
¿Vacunado(a) por COVID.?: No. Dosis: N/A EsquemaVacuna: Si Formula desparasitario: No Entrega suplemento: No
Factores de RCV: No definido. Estadio de RCV: No definido. Clasificación de RCV: No evaluado

Estado General: Buenas condiciones generales, Cabera y Cuello: Normocefalo, escleras anictericas, conjuntivas normocromicas, cuello simétrico sin adenopatias, Neurológico: Alerta, consciente orientado, pupilas isocoricas reactivas a la luz, no asimetria facial, no signos meningeos, no déficit motor ni sensitivo, no focalización., Ocular: Normal, Otorrinolaringológico: Normal, Torax: Simétrico con adecuada expansión de ambos campos pulmonares, sin presencia de tirajes sub costales, Cardiopulmonar: ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, pulmones normoventilados sin agregados, Dorso - Lumbar: Normal, Abdominal: Normal, Extremidades: Normal, Piel y faneras: Normal, Genitourinario: Normal, Tacto rectal: Normal, Mamas: Normal, Locomotor: Normal, Ganglionar: Normal, Signos Vitales: Normal,

Sintomatico Respiratorio: NO **Sintomatico Piel:** NO **Sintomatico Sistema Nervioso:** NO

IMPRESION DIAGNOSTICA

Dx Principal:	Z001	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO
Dx Relacional 1	Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
Dx Relacional 2		
Dx Relacional 3		
Dx Relacional 4		

PACIENTE QUE ACUDE CON MADRE AL CONTROL DE PRIMERA INFANCIA SEGUN LA PERCEPCIÓN DE LOS PADRES ES ADECUADA NO HAY PREOCUPACIONES AL RESPECTO,ASINTOMATICO SEGUN LA ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO-3 CON DESARROLLO ESPERADO PARA LA EDAD/ NIEGA RIESGO DE PROBLEMAS DEL DESARROLLO/ NO EVIDENCIA SEGÚN ESCALA DE TEST M CHAT SIGNOS DE AUTISMO/ NIEGA SOSPECHA DE PROBLEMAS DEL DESARROLLO INFANTIL, CON PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS NORMALES PARA LA EDAD, NO IDENTIFICO SIGNOS DE VIOLENCIAS FÍSICA Y SEXUAL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL. A LA VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL EL EXAMEN OFTALMOSCÓPICO SIN ALTERACION DE LAS ESTRUTURAS OCULARES Y SIN ALTERACIONES CON EL USO DE OPTOTIPOS MORFOESCÓPICOS A LA VALORACIÓN DE LA SALUD AUDITIVA Y COMUNICATIVA SIN ALTERACION ENCUENTRO INSPECCIÓN VISUAL Y OTOSCOPIA BILATERAL NORMALES, IGUALMENTE LAS FUNCIONES DE LA ARTICULACIÓN, VOZ, HABLA Y DESEMPEÑO COMUNICATIVO SIN ALTERACIONES VALE SIN ALTERACION NO ALTERACION A NIVEL DE ESTRUCTURAS DENTOMAXILOFACIALES, ESTRUCTURAS DENTALES NORMOCEFALO CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS NO EVIDENCIA DE CRECIMIENTO TIROIDEO, NO HALLAZGOS OROFARINGEO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS AL EXAMEN ABDOMINAL SIN ALTERACION NO HEPATOMEGAIA NI ESPLENOMEGALIA, NO MASAS, NO HERNIAS NO EVIDENCIA DE DEFORMIDAS NI LESIONES EN EXTREMIDADES, NO ALTERACION A NIVEL DE COLUMNA VERTEBRAL NO SE ENCUENTRA NINGUNA ALTERACION AL EXAMNES FISICO, SE VERIFICA ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO, SE DILIGENCIA CARNET DE PRIMERA INFANCIA MANUAL Y , CURVAS CYD SE LE ENTREGA AL ACUDIENTE DONDE SE LE EXPLICA ACEPTA Y ENTIENDE SE CITA A SEGUIMIENTO DE CONTROLES
MEDIDAS ANTROPOMETRICAS CALCULADAS POR APP ANTHRO DE LA OMS E INTERPRETADAS SEGÚN RESOLUCION 2465 DE 2016:
- PESO/TALLA -0.20 PESO ADECUADO PARA LA TALLA
- PESO/EDAD: - 0.37 PESO ADECUADA PARA LA EDAD
- TALLA/EDAD: -0.36 TALLA ADECUADA PARA LA EDAD
- IMC / EDAD: -0.21 NORMAL
- PERIMETRO CEFALICO/EDAD: -0.89 NORMAL

Conducta a Seguir
- ATENCIÓN POR HIGIENE ORAL Y ODONTOLOGIA
- PROXIMO CONTROL A LOS 5 AÑOS CON MEDICO
- YA DESPARASITADO.
- PROXIMA VACUNA 5 AÑOS.

Conducta educativa
- VACUNACIÓN: DEBE REALIZARSE DE ACUERDO CON EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN VIGENTE Y EL ANTECEDENTE VACUNAL.
- BRINDO INDICACIONES PERTINENTES Y EDUCACION INFORMANDO SOBRE PUERICULTURA, PAUTAS DE CRIANZA, PREVENCION DE ACCIDENTES DOMESTICOS, MALTRATO, ABUSO SEXUAL, IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS.
- PREVENIR LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS Y GASTROINTESTINALES CON BUEN NIVEL DE HIGIENE DOMICILIARIO, LAVADO DE MANOS, ADECUADA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS, CONTROL DE PLAGAS, DISPOSICION ADECUADA DE BASURAS Y EXCRETAS, NO EXPONER AL CONTACTO CON HUMO DE LEÑA O CIGARRILLO AL BEBE Y EMPLEAR TAPABOCAS CUANDO ALGUIEN EN LA FAMILIA ENFERME.
- MEDIDAS DE BUEN TRATO: ESTABLEZCA REGLAS CLARAS. ES MUCHO MEJOR SI SON POCAS Y BÁSICAS. TODOS LOS ADULTOS DE LA CASA DEBEN CONOCERLAS Y HACERLAS CUMPLIR. LAS REGLAS NO PUEDEN ESTAR CAMBIANDO NI APLICARSE DE ACUERDO A CONVENIENCIA DE LOS PADRES. EL CASTIGO FÍSICO, LOS GRITOS, LAS AMENAZAS Y LOS INSULTOS NO GENERAN RESPETO, SÓLO MIEDO Y NO SON LA FORMA CORRECTA DE EDUCAR.

CONSULTA EXTERNA

- EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE EJERCITARSE PARA EVITAR EL SEDENTARISMO, NO USO DE TIEMPOS PROLONGADOS DE PANTALLAS COMO TELEVISORES, COMPUTADORES, CELULARES, ETC, EL CUIDADO VISUAL, AUDITIVO Y BUCAL LAVADO DE DIENTES 3 VECES AL DIA
- CUIDADOR PERMANENTE, CRIANZA CON AMOR, BUEN TRATO AL NIÑO, PREVENCION DE ACCIDENTES EN CASA, NO USO DE POLVORA , ALCOHOL, PSA, TABACO EN ENTORNO FAMILIAR
- ENSEÑO SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR INMEDIATAMENTE A URGENCIAS: PERDIDA DE LA CONCIENCIA, DIFICULTAD PARA AMAMANTAR, VOMITO PERSISTENTE, ATAQUES O CONVULSIONES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR EVIDENCIADA POR ALETEO NASAL, QUE SE HUNDAN LAS COSTILLAS O QUE SE PONGA MORADO, DESHIDRATACION EVIDENCIADA POR: LLANTO SIN LAGRIMAS, OJOS HUNDIDOS, BOCA SECA

********** CONTROL DE P Y M **********
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO: El control se realizo a los : 49 Meses // Con el número de control: 10013830
Obteniendo los siguientes resultados:

MOTRICIDAD GRUESA: Medio Alto
MOTRICIDAD FINO ADAPTIVA: Medio Alto
AUDICION LENGUAJE: Medio Alto
PERSONAL SOCIAL: Medio Alto

ANDRY REYES OLIVEROS
JEFE ENFERMERÍA
Registro Medico No. 1004344448

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:	2000513906
Tomador:	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS
Nombre de Asegurado:	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ

ID Asegurado:	**Vigencia Desde:**	**Vigencia Hasta:**
1026603576	2025/07/01	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

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

OBSERVADOR INFANTIL

UNIDAD DE SERVCIO: CDI MI PEQUEÑO VALLE ESCONDIDO
MUNICIPIO: TESALIA



FECHA DE INGRESO:			NOMBRE DEL NIVEL
1	07	2025	Exploradores 2.

NOMBRE COMPLETO PARTICIPANTE	Alan Mathias Moreno Suarez.
TIPO DOCUMETO Y NUMERO	1026603576.
FECHA DE NACIMIENTO	02 Agosto 2025.
EDAD ACTUAL/ (A LA FECHA DE INGRESO)	4.

OBSERVACION PEDAGOGICA:	MES: 25 de Agosto

Muestra mucho interes para el cuidado de la naturaleza, disfruta con los compañeros la mamá comparte con los compañeros y la mamá colabora con las actividades que se realiza con material reciclable para el trabajo que cada semana, tiene buen desarrollo motor y realiza sus actividades recreativos contento

FIRMA AGENTE EDUCATIVA: [signature] FIRMA PADRE FLIA: Angelica S

OBSERVACION PEDAGOGICA:	MES: 29 Septembe

Es un niño que muestra muchos sentimientos afectivos con sus compañeros y ver a sus familares se muestra alegre y afectivo, los temas de la creacion le ha interesado mucho es un niño catolico, al trabajar las verduras se ha mostrado interesado pero con motivacion la ha consumido satisfactoriamente

FIRMA AGENTE EDUCATIVA: [signature] FIRMA PADRE FLIA: Angelica S

Alan Moreno

Huellas de Amor	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

OBSERVACION PEDAGOGICA:	MES: 20 Octubre

Es un niño muy participativo aunque en momentos se distrae con facilidad al estar escuchando el cuento, identifica los personajes y es participativo, Sabe reaccionar al momento de un simulacro con los compañeros, el trabajo de la semana con los papas le falto ser mas participativo pero se evidencio estar bien con sus familias

FIRMA AGENTE EDUCATIVA: Stefany Guasa Lopez FIRMA PADRE FLIA: Angelica S.

OBSERVACION PEDAGOGICA:	MES: 18 Noviembre 2025

Participa activamente con las profesiones de su entorno y nucleo familiar, le gusta jugar con la naturaleza. y sabe bien de la importancia de cuidar el agua, realiza trazos con alta precisión en torno a la imagen, participa en las actividades navideñas con mucho entusiasmo

FIRMA AGENTE EDUCATIVA:: Stefany Guasa FIRMA PADRE FLIA: Angelica S.

OBSERVACION PEDAGOGICA:	MES:

FIRMA AGENTE EDUCATIVA:: _____ FIRMA PADRE FLIA: _____

Ciudad Tesalia

Nombre completo de la niña o niño Alan Mathias Moreno Suarez

Fecha de nacimiento 02 08 2021 N° Documento de Identidad 1026603576

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ Fecha de 1er día de atención en el año 01 07 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Franey Joliedh Guasca Lopez.

Fecha de registro cualitativo 01 10 2025

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○

2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ⊗

Color de registro valoración cualitativa ☐ Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

El niño argumenta con claridad las situaciones, expresa sus gestos y participa, sigue con facilidad las rutinas y se interesa por las actividades, nombra los objetos y cosas, reclama las situaciones con seguridad, identifica los lugares de su entorno cumple con las dimensiones fundamentales

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo Día Mes Año

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○

2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa ☐ Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

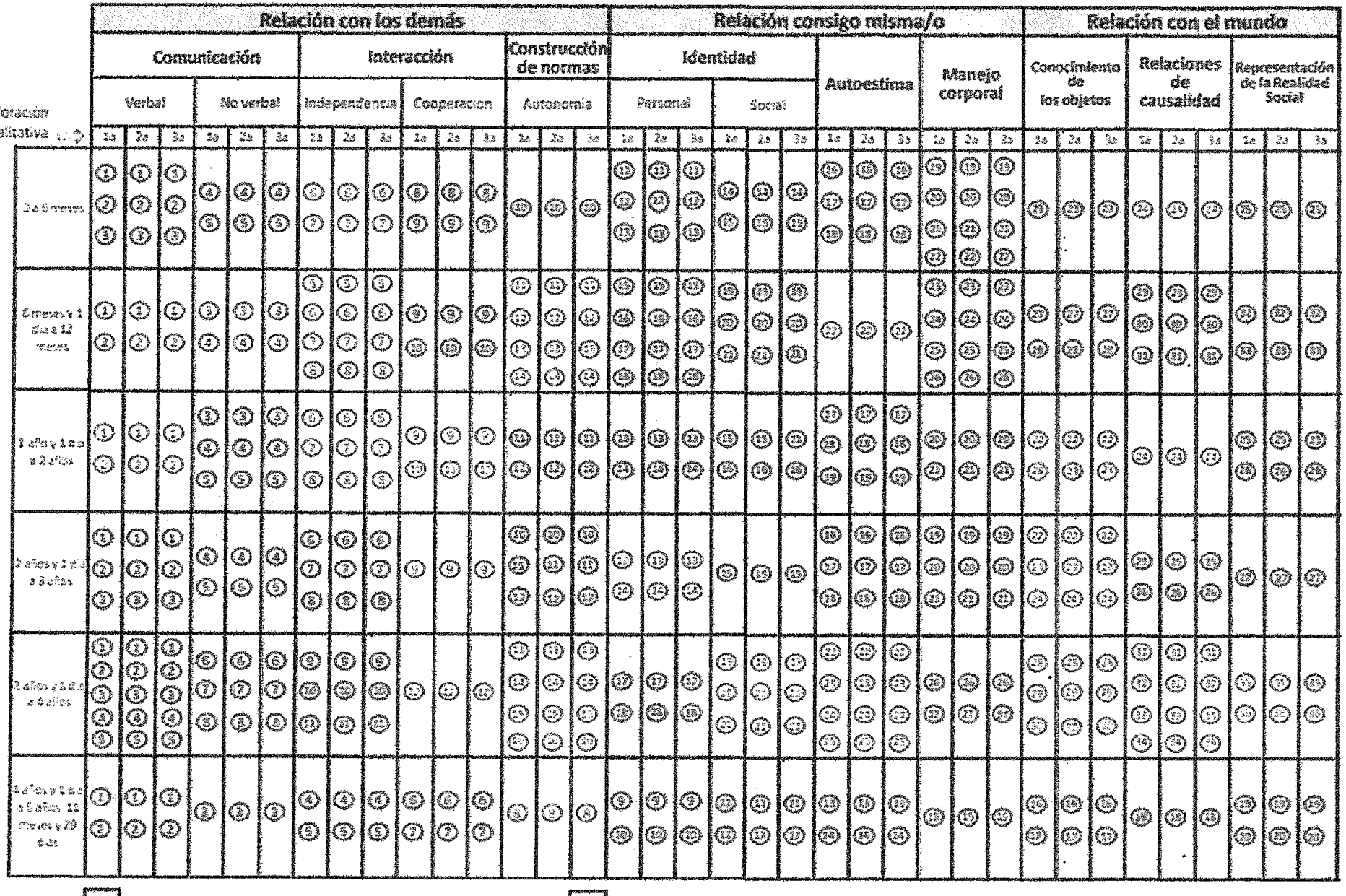
Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○

2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa ☐ Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

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



= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

CORPORACION H[illegible]LLAS DE AMOR PARA TU VID[illegible]

REGISTRO DE NOVEDADES DIARIAS

NUMERO	FECHA	NOMBRE BENEFICIARIO	NUMERO DOCUMENTO	ACCIDENTES O CONDICION ESTADO FISICO		CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD		CAMBIOS EN EL ESTADO EMOCIONAL		RAZONES DE INASISTENCIA O LLEGADAS TARDE		SALIDAS FUERA DEL HORARIO		INCAPACIDADES		ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS		NOVEDAD DEL PARTICIPANTE					FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR	QUIEN DILIGENCIA EL REGISTRO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	RC	6SSS	VALORACION INTEGRAL	VACUNAS	OTRO			
1	4/11/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		Y	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
2	5/11/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
3	6/11/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
4	7/11/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
5	10/11/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
6	11/11/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X	X			X		X		Y		Y		Y	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				El niño está con fiebre sale x incapacidad
7	12/11/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		Y		X		X		Y		Y	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
8	13/11/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
9	14/11/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
10	18/11/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
11	19/11/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		Y		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
12	20/11/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		Y		X		Y		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
13	21/11/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
14	__/__/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576															AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
15	__/__/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576															AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
16	__/__/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576															AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
17	__/__/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576															AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
18	__/__/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576															AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
19	__/__/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576															AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
20	__/__/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576															AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
21	__/__/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576															AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				

FIRMA COORDINADORA: Yuliana Perdomo

FIRMA AGENTE EDUCATIVA:

26

CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VI

REGISTRO DE NOVEDADES DIARIAS

NUMERO	FECHA	NOMBRE BENEFICIARIO	NUMERO DOCUMENTO	ACCIDENTES O CONDICION ESTADO FISICO		CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD		CAMBIOS EN EL ESTADO EMOCIONAL		RAZONES DE INASISTENCIA O LLEGADAS TARDE		SALIDAS FUERA DEL HORARIO		INCAPACIDADES		ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS		NOVEDAD DEL PARTICIPANTE				FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR	QUIEN DILIGENCIA EL REGISTRO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	BAJO	PRESENTA SINTOMAS RESPIRATORIOS	PRESENTA SINTOMAS GRIPA			
1	1/10/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA			El niño asistio acrecamiento y desarrollo hoy.
2	2/10/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA			
3	3/10/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA			
4	6/10/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA			la mamá dice que el niño esta bien y envia foto del cuento
5	7/10/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA			la mamá dice que el niño esta bien y envia foto del canto
6	8/10/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA			la mamá dice que el niño esta bien y envia video de aeróbicos
7	9/10/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA			la mamá dice que el niño esta bien y envia foto
8	10/10/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA			la mamá dice que el niño esta bien envian comendo
9	14/10/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA			
10	15/10/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA			
11	16/10/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA			
12	17/10/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA			
13	20/10/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA			Recibio el RPP contrapartida
14	21/10/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA			
15	22/10/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA			El niño se hizo popis en la ropa.
16	23/10/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA			
17	24/10/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA			
18	27/10/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Albeny's Brand	
19	28/10/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA			
20	29/10/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA			
21	30/10/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA			

FIRMA COORDINADORA: Juliana Perdomo

FIRMA AGENTE EDUCATIVA:

CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA

REGISTRO DE NOVEDADES DIARIAS

NUMERO	FECHA	NOMBRE BENEFICIARIO	NUMERO DOCUMENTO	ACCIDENTES O CONDICION ESTADO FISICO		CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD		CAMBIOS EN EL ESTADO EMOCIONAL		RAZONES DE MANTENCIA O LLEGADAS TARDE		SALIDAS FUERA DEL HORARIO		INCAPACIDADES		ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS		NOVEDAD DEL PARTICIPANTE					FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR	QUIEN DILIGENCIA EL REGISTRO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	PS	GOSS	VALORACION INTEGRAL	VIÁFARO	OTRO			
1	1/9/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
2	2/9/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
3	3/9/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
4	4/9/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
5	5/9/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
6	8/9/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
7	9/9/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
8	10/9/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
9	11/9/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
10	12/9/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
11	15/9/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
12	16/9/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
13	17/9/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
14	18/9/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		X		En compañía de la sicologa se le pide a la mama que aguarde con los documentos
15	19/9/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
16	22/9/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
17	23/9/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
18	24/9/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
19	25/9/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
20	26/9/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
21	29/9/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				

FIRMA COORDINADORA: Juliana Trejo

FIRMA AGENTE EDUCATIVA:

CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA

REGISTRO DE NOVEDADES DIARIAS

NUMERO	FECHA	NOMBRE BENEFICIARIO	NUMERO DOCUMENTO	ACCIDENTES O CONDICION ESTADO FISICO		CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD		CAMBIOS EN EL ESTADO EMOCIONAL		RAZONES DE INASISTENCIA O LLEGADAS TARDE		SALIDAS FUERA DEL HORARIO		INCAPACIDADES		ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS		NOVEDAD DEL PARTICIPANTE					FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR	QUIEN DILIGENCIA EL REGISTRO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NC	NOS	VALORES DE PRUEBA	PASEOS	OTROS			
1	1/8/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
2	4/8/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				se le pidio a tercera la colaboracion con documentos que faltan.
3	5/8/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X	X		X			X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				El niño tuvo 38.8 de fiebre
4	6/8/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
5	8/8/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
6	11/8/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X			X	X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		NO asistio		Estuvo muy enfermo de todos los estan cuidando.
7	12/8/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
8	13/8/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
9	14/8/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
10	15/8/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
11	19/8/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
12	20/8/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
13	21/8/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
14	22/8/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
15	25/8/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
16	26/8/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
17	27/8/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
18	28/8/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
19	29/8/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576															AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
20	__/__/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576															AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				
21	__/__/2025	ALAN MATHIAS MORENO SUAREZ	1026603576															AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				

FIRMA COORDINADORA: Yuliana Pedroza T.

FIRMA AGENTE EDUCATIVA:

Huellas de Amor	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

AUTORIZACION PARA LA ENTREGA DE PARTICIPANTES INGRESO Y RETIRO DE LA UDS

Municipio, Tesalia – Huila 01 / Julio /2025

Señores: EAS CORHUELLAS

Yo Angelica Maria Suarez Cardenas **identificado (a) con cedula de ciudadanía numero:** 1012429248 **expedida** Bogota. , **como MADRE / PADRE responsable (s) de la niñ@, autorizo a la (s) persona (s) aquí relacionadas para que lleven hasta la UDS CDI MI PEQUEÑO VALLE ESCONDIDO y de la misma manera recojan a la hora de salida del mismo servicio, anexando copia de documento identidad.**

AUTORIZO a la (s) siguientes persona (s) :

1. **Nombre completo:** _____

   Documento Identidad: _____

   Parentesco con el niñ@: _____ **Celular:** _____

2. **Nombre completo:** _____

   Documento Identidad: _____

   Parentesco con el niñ@: _____ **Celular:** _____

En constancia firma,

1012429248

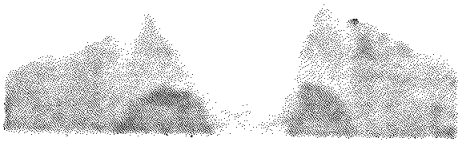
25

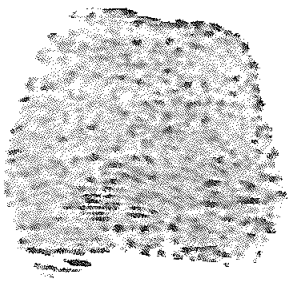
REPUBLICA DE COLOMBIA

26.515.467
GARCIA MAYORGA



MARIA DEL SOCORRO





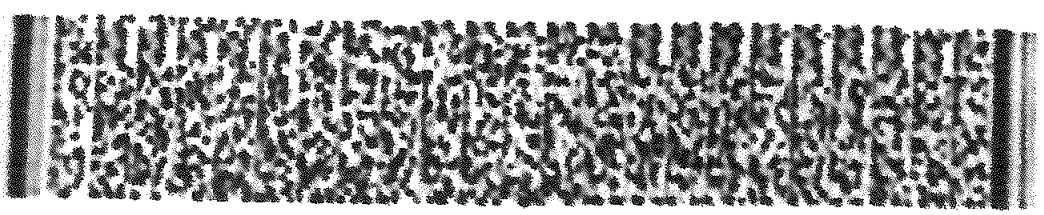
10-DIC-1968

IQUIRA
(HUILA)

1.53 O+ F

27-NOV-1990 IQUIRA

REGISTRADOR NACIONAL



00143

20.515.467

MARIA DEL SOCORRO

María del Socorro García

10-DIC-1968

IQUIRA
(HUILA)

1,53 O+ F

27-NOV-1990 IQUIRA