CORPORACIÓN Huellas de Amor Para Tu Vida NIT 900192801-0	HOJA DE CONTROL CARPETA BENEFICIARIO	VERSION: 002-2025
NOMBRE	Alaia Maria Galindo Ramos	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.076.926.217	
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	26-02-2025	

DOCUMENTOS	SI	FOLIOS
DOCUMENTOS PERSONALES	✓	
Ficha de Matricula (con foto)	✓	
Acta de Compromiso de los Padres	✓	
Consentimiento Informado para fotos, videos, Traslado a entidad de salud.	✓	
Formato Veracidad información ficha de caracterización padres	✓	
Fotocopia de Registro Civil	✓	
Certificado de vulnerabilidad (Sisbén, desplazados, indígenas, red unidos)	✓	
Certificado EPS / Carnet de Salud / Adres	✓	
Fotocopia Carnet de Control de Crecimiento y Desarrollo	✓	
Fotocopia Carnet de Vacunas actualizado	✓	
Fotocopia del certificado de desparasitación	NA	
Certificación médica que conste que no posee enfermedades infecto-contagiosas.	✓	
Diagnostico medico en caso de niños o niñas con discapacidad.	N/A	
Certificado de consulta de salud oral para mayores de dos años	✓	
Certificado de agudeza visual para niños al cumplir los cuatro años	N/A	
Certificado de tamizaje auditivo para niños menores de cinco años.	✓	
Fotocopia de Cedula de ciudadanía de los padres y acudiente	✓	
Fotocopia del recibo de servicio publico	✓	
Seguro de Accidentes Escolares (póliza)	✓	
SALUD Y NUTRICION		
Asesoría nutricional		
Seguimiento nutricional (Remisiones a entidades de salud e internas al área de salud y nutrición		
APOYO PSICOSOCIAL		
Procesos de Seguimientos Psicológicos (Seguimientos, Casos Especiales, ficha de discapacidad) (remisiones internas al área psicosocial)		
Planes de intervención		
PROCESO PEDAGOGICO		
Seguimiento al desarrollo	✓	
Remisiones y Apoyos Pedagógicos		
Sensibilización al tránsito a educación formal		
ACTA DE RETIRO		

CORPORACIÓN

Huellas de Amor
Para Tu Vida

NIT 900192801-0

FICHA DE MATRICULA

UNIDAD DE SERVCIO: VILLA MERCEDES SUEÑOS I.



MUNICIPIO: NATAGA

NIVEL: PARVULOS A

FECHA DE INGRESO:			NIVEL A QUE INGRESA
26	02	2025	

NOMBRE COMPLETO USUARIO	Alaia María Galindo Ramos
NUMERO DE DOCUMENTO	1076926217
CIUDAD Y FECHA DE NACIMIENTO	Neiva 22 mayo 2022
EDAD	2 años 10 meses
DIRECCION DE RESIDENCIA	Cr 6 #7ª - 61
SEGUNDA DIRECCION	Cr 6 # 7ª - 21
TELEFONOS	3228514714 - 3214647989
ESTRATO HOGAR	1
PUNTAJE SISBEN – No FICHA	B5
CRITERIO DE FOCALIZACION	Sisbén B5
AFILIACION A SALUD	Sanitas
NOMBRE DEL PADRE (niñ@s)	Ricardo Galindo Arias
OCUPACION	Comerciante
NUMERO DE CONTACTO	3214647989
NOMBRE DE LA MADRE (niñ@s)	Viviana Andrea Ramos Chala
OCUPACION	Comerciante
NUMERO DE CONTACTO	3228514714
NOMBRE ACUDIENTE	Viviana Andrea Ramos Chala
OCUPACION	Comerciante
NUMERO DE CONTACTO	3228514714
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:	Viviana Andrea Ramos Chala
PARENTESCO	Mama
TELEFONO	3228514714
AUTORIZACION PARA RECOGER (niñ@s)	Viviana Andrea Ramos Chala
CEDULA	10844578674
PARENTESCO	Mama

Viviana Andrea Ramos Chala
FIRMA ACUDIENTE / PADRE DE FAMILIA

Maria Alejandra Gut.
NOMBRE DOCENTE

FIRMA COORDINADOR

CORPORACIÓN Huellas de Amor Para Tu Vida

NIT 900192801-0

ACTA DE COMPROMISO

Fecha 26-02-2025

Yo, Viviana Andrea Ramos Clavijo Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía N° 1084578674 Expedida en Nátaga Huila Padre, Madre y/o acudiente de Alaia María Galindo Ramos Residente en el Municipio de NÁTAGA en la Dirección Carrera 6 7A-61 Los Senderos Teléfono 3228514714 Representante legal del niño(a) me comprometo a:

1. Entregar la documentación requerida por la modalidad, cumpliendo r con los derechos del niño o niña contemplados en la Ley 1098 de 2006 (artículo 23, derecho a la salud) y verificación del cumplimiento del mismo a la docente mediante entrega de fotocopia del esquema completo de vacunación, controlesde crecimiento y desarrollo actualizados, constancia de que mi hijo asistió a medicina general para el chequeo completo al menos una vez al año, constancia odontológica que demuestre que conforme lo exige la Ley he llevado a mi hijo(a) a revisión oral, Certificado de desparasitación, fotocopia afiliaciónde mi hijo a ERS y/o EPS-S, fotocopia del registro civil que evidencie que mi hijo es ciudadano Colombiano.
2. Informar debidamente el cambio de domicilio o teléfono y mantener actualizada la información referente a los cuidadores y todo lo relacionado al niño-niña.
3. Participar de manera activa de los acompañamientos telefónicos que se realizan durante el mes, así mismo realizar y hacer la entrega de las actividades pedagógicas asignadas.
4. Participar de la capacitación mensual y poner en práctica los talleres que se trabajan porque son para mi bienestar y el de mi familia.
5. Actualizar los documentos de **CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, VACUNAS O CONTROLES U OTROS DOCUMENTOS QUE REQUIERAN ACTUALIZACION** y aportar dicha actualización a los docentes de la unidad de servicio.
6. Cuando se reactive el servicio Enviar a mi hijo(a) al CDI todos los días, salvo que se presente una novedad (Incapacidad Medica, Formula Médica y Excusa).
7. Recibir visita domiciliaria y atender las sugerencias dadas por las docentes para el desarrollo integralde mi hijo(a).
8. **Cumplir con los horarios de ingreso y egreso de la UDS**
9. **Procurar** la generación de condiciones que aseguren a mi hijo(a) desde la concepción, cuidado, protección, alimentación nutritiva y equilibrada, acceso a los servicios de salud, educación, vestuario adecuado, recreación y vivienda segura dotada de servicios de salud esenciales en su ambiente sano.
10. **Cumpliré con el derecho a la integridad personal.** Protegeré a mi hijo y evitare las acciones o conductas de maltrato infantil, toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluido los actos sexuales abusivos y la violación y en general todas las formas de violación o agresión sobre el niño, laniña por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona.
11. Proporcionar a mi hijo o hija las condiciones necesarias para que alcance una nutrición y una salud adecuada, que les permite un óptimo desarrollo físico, psicomotor, mental, intelectual, emocional y afectivo y educarles en la salud preventiva y en la higiene.

FIRMA PADRE Y /O ACUDIENTE - CC: Viviana Andrea Ramos Clavijo

Yo María Alejandra Guatioteca como docente me comprometo a cumplir los lineamientos del programa ICBF y normatividad vigente, así mismo velare por cumplir y hacer lo posible porque se cumplan los derechos de los niños y niñas a mi cargo.

FIRMA DOCENTE María Alejandra G

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 Alma Hana Galindo Ramos, identificado (a) con documento de identidad número 1076926717, 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

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Viviana Andrea Ramos Ayala, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1084878674 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 corporacion Huellas de Amor para ud en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa CDI VILLAMERCEDES SUEÑOS INFANTILES

Suscriben:

Firma: Viviana Andrea Ramos Ayala
Nombre: Viviana Andrea Ramos Ayala
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3228514714
Fecha: 26-02-2025
Municipio: Neiva - Huila

CORPORACIÓN
Huellas de Amor
Para Tu Vida

NIT 900192801-0

CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES O ACUDIENTES DE LOS BENEFICIARIOS PARA TOMA DE MATERIAL FOTOGRAFICO Y VIDEOS

FECHA: 26-02-2025

MUNICIPIO: Natagá

UNIDAD DE SERVICIO: CDI VILLA MERCEDES SUEÑOS INFANTILES

YO, Viviana Andrea Ramos Cleale con CC 1084578674
Padre, acudiente o representante legal del niño /niña Alaia Nana Galindo Ramos.
Con registro civil No 1076926217. Beneficiario del programa CDI institucional he sido informado acerca de la grabación de videos o toma de material fotográfico como evidencia de la práctica de encuentros grupales y visitas domiciliarias. Luego de haber sido informado(s) sobre las condiciones de la participación de mí hijo(a) en los videos o material fotográfico, resuelto todas las inquietudes y comprendido en su totalidad la información sobre esta actividad, entiendo que:

- La participación de mi hijo(a) en los video o material fotográfico no tendrán repercusiones o consecuencias en los beneficios participativos de los encuentros grupales en la unidad de servicio
- La participación de mi hijo(a) en los videos o material fotográfico no generará ningún gasto, ni recibiremos remuneración alguna por su participación.
- No habrá ninguna sanción para mí hijo(a) en caso de que no autoricemos su participación.
- La identidad de mi hijo(a) no será publicada y las imágenes y sonidos registrados durante la grabación de videos y material fotográfico no serán publicadas en redes sociales, se utilizarán únicamente como evidencia para informes pedagógicos, presentaciones ante el ICBF, socialización de los servicios de primera infancia y visitas domiciliarias.
- el agente educativo, auxiliar pedagógico, psicólogo o auxiliar de enfermería garantizarán la protección de las imágenes de mi hijo(a) y el uso de las mismas, de acuerdo con la normatividad vigente, durante y posteriormente al proceso de evaluación del docente. Atendiendo a la normatividad vigente sobre consentimientos informados, y de forma consciente y voluntaria
- Este material fotográfico y de video estará a cargo de la EAS.

(x) **DOY (DAMOS) EL CONSENTIMIENTO** ( ) **NO DOY (DAMOS) EL CONSENTIMIENTO**

Viviana Andrea Ramos Cleale
FIRMA ACUDIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

CEDULA: 1084578674

CORPORACIÓN
Huellas de Amor
Para Tu Vida

NIT 900192801-0

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOVEDADES EVENTUALES DE RIESGO INMINENTE DE SALUD DE UN NIÑO O NIÑA DURANTE LA PRESTACION DEL SERVICIO EN EL CDI

UDS: CDI Villa Mercedes Sueños Infantiles

ACUERDO

Yo, Viviana Andrea Ramos Clavijo, identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. 1084578674 expedida en Neiva Huila, autorizo al encargado legalmente del Centro del Desarrollo Infantil CDI VILLAMERCEDES o a la persona que haga sus veces en el CDI para que se desplacen del CDI al Centro de Salud más cercano a mi hijo (a) Alaia Maria Galindo Ramos del nivel PARVULOS A en el caso eventual que llegase a presentar una novedad de salud al interior del CDI.

Es de mi pleno conocimiento que mi hijo (a) se encuentra asegurado con la póliza estudiantil o en su defecto los administrativos del CDI se encuentran realizando la gestión.

Puedo dar fe que no he cancelado dinero alguno por este procedimiento y la entidad administradora es quien ha realizado la gestión.

En caso que el POS no cubra medicamentos o procedimientos la aseguradora o la entidad administradora hará la gestión pertinente.

En constancia, se firma a los 26 días del mes de 02 de 2025.

PADRE Y/O MADRE

NOMBRE: Viviana Andrea Ramos Clavijo

FIRMA: Viviana Andrea Ramos Clavijo

C.C. 1084578674

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.	F17.MO12.PP	11/05/2018
		Versión 2	Página 1 de 1

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Viviana Andrea Ramos Clavijo, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1084578674 de Natagaima, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Alaia Hana Galindo Ramos., identificados con NUIP No. 1076926217, usuario de la unidad de servicio _____, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Natagaima, a los 26 días del mes 02 de 202(5)

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

Nombre: Viviana Andrea Ramos Clavijo

Firma: Viviana Andrea Ramos Clavijo

CC. No. 1084578674

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Maria Alejandra Gaali Oteco

Firma: Maria Alejandra G

CC. No. 1.075. 297.713

CORPORACIÓN
Huellas de Amor
Para Tu Vida

Dirección Carrera 1 B # 2-21, Barrio Quinche
Pitalito Tel: 836 3642

NIT 900192691-0

ACTA DE GRATUIDAD DEL SERVICIO

DIRIGIDO A:

PADRES DE FAMILIAS Y/O CUIDADORES DE NIÑOS Y NIÑAS

FECHA: 26-02-2025

NOMBRE UDS: CDI Villa Mercedes Sueños I.

La modalidad institucional en su servicio centro desarrollo infantil (CDI), adscrito al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en convenio con la Entidad Prestadora del Servicio **CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA, *Contrato de aportes No 41002412025 Informa*** a la población beneficiaria que el servicio ofrecido es totalmente **GRATUITO.**

Cuyo objeto es: prestar el servicio en centro de desarrollo infantil (CDI) de conformidad con el manual operativo de la modalidad institucional, el lineamiento técnico para la atención a la primera infancia y las directrices establecidas por el ICBF, en armonía con la política de estado para el desarrollo integral de la primera infancia de cero a siempre.

En constancia firma:

Viviana Andrea Reinoso Chicaiza

FIRMA
NOMBRE PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE:
N° DOCUMENTO IDENTIDAD: 1084786774

Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACIÓN HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA - CORHUELLAS NIT 900192801-0	CÓDIGO: AG-DC-001
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024 / Fecha última modificación: 24 de febrero del 2024	Versión: 1

9

PACTO DE CONVIVENCIA

Yo Yuana Andrea Pavis Clavijo, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1084578674 expedida en Nataga Huila me comprometo a cumplir con mis deberes y obligaciones, si no cumplo con esto acepto las acciones contempladas por la EAS y/o en este documento y las correspondientes a mis obligaciones como cuidador o padre de familia impuestas en la Ley 1804 de Primera Infancia, estos deberes fueron propuestos y aceptados al momento de ingresar a la Política de estado para la Atención Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre, Modalidad institucional, servicio centro de Desarrollo Infantil, el día 25 mes 03 del año 2025, para constancia al final firmo con número de cédula.

DEBERES Y OBLIGACIONES QUE DEBO CUMPLIR COMO PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR, COMO USUARIO DE LA MODALIDAD INSTITUCIONAL - CDI EN EL MUNICIPIO DE NATAGA.

a) Cumplir con la documentación como lo son los documentos de identidad tipo Registro civil paralos niños y niñas. Controles de vacunas ycrecimiento actualizados, certificado de afiliación a salud, certificado de Sisbén o según criterio de focalización, números de teléfonos y direcciones dedomicilios actualizados.
b) Participar de las actividades propuestas para cada semana.
c) Contribuir con la construcción de un clima de respeto, tolerancia y responsabilidad hacia el talento humano.
d) Los usuarios al regreso a la presencialidad deben asistir de lunes a viernes, garantizando el servicio de 8 horas diarias, para dar cumplimiento a las actividades pedagógicas.
e) Asistir en las fechas estipuladas por la EAS, a la toma de datos antropométricos, por parte del padre, madre o acudiente principal.
f) Realizar las actividades programadas que se implementen a partir del proyecto pedagógico.
g) Permitir que ingresen a la vivienda y atender la visita del equipo interdisciplinario según la necesidad.
h) Cumplir con el horario de entrada y salida del centro de desarrollo infantil.
i) Traer al niño o niña aseado y con los elementos de bioseguridad correspondientes.
j) No realizar comentarios que dañen la imagen del programa, cualquier inquietud acercarse y preguntar directamente con el Talento Humano de la UDS.
k) Informar por escrito (excusa justificada) la no asistencia a la UDS.
l) Informar a la docente cuando el niño o niña se encuentren enfermo.
m) Cuando el niño o la niña presente fiebre, diarrea, gripe o este delicado de salud abstenerse de traerlo al centro de desarrollo infantil
n) Cuando el usuario tenga programada una cita de control de crecimiento y desarrollo, vacunación, cita médica y/o terapias informar a la docente y llevar excusa y soporte justificada por EPS, preferiblemente copia de la epicrisis de la atención y/o copia del carné de crecimiento y desarrollo, para flexibilización de los horarios al usuario en la UDS.
o) Para solicitar documentación de los niños, se le entrega única y exclusivamente al cuidador responsable al ingreso del programa.

p) Participar activamente en el desarrollo de las diferentes actividades transversales programadas en el marco del proyecto pedagógico.

q) Firmar acta de compromiso con la EAS, en caso de que no cumpla con las exigencias descritas en el Manual Operativo de la modalidad V7 y el no cumplimiento del deber como padre, madre o cuidador responsable.

r) Acepto que si fallo 3 (tres) veces en el mes, sin justa causa, puedo dejar de pertenecer a la "Política Publica de Cero a Siempre".

s) El servicio que se brinda a todas las familias usuarias del programa es ***totalmente gratis.***

t) Garantizar que quien entrega y recoge al niño o niña en el CDI sea una persona mayor de edad y esté autorizado en el formato de formalización del cupo con copia del documento de identidad en la carpeta del usuario.

u) No pertenecer a dos programas y/o modalidades del ICBF, independientemente de la modalidad.

v) Se prestará atención por parte del equipo de agentes educativas a los padres de familia en el horario de 7am a 7:30 am.

w) Respetar los horarios de atención que tienen la agente educativa y no escribirles de manera privada en horarios fuera de este, exceptuando casos o situaciones especiales que lo ameriten

x) Informar cuando se presenten cambios de domicilios o números telefónicos.

y) Evitar que los niños y las niñas lleven juguetes o cualquiera otro objeto que se puede llegar a perder, en caso de pérdida del algún objeto que no se ha solicitado con anterioridad por parte de la docente, el CDI se reserva el derecho de responder por el mismo.

z) No dar alimentos antes del ingreso a la Unidad de Servicio CDI

Comuníquese y cúmplase en el municipio de Nataga. H. a los 25 días del mes de Marzo del 2025

FIRMA: Vivian Andrea Ramos Cruz

C.C N°: 1084578674 DE Nátaga - Huila

DOCENTE: Flor Imelda Chimbaco Perez

AUXILIAR: Cindy Tatiana Gutierrez

COORDINADOR (A): Claudia Marcela Vargas

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1076926217

Indicativo Serial 62132674

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - HUILA NEIVA NOTARIA 3 NEIVA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GALINDO	RAMOS

Nombre(s)

ALAIA MARIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes MAY Día 22	FEMENINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA - HUILA - NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	172946829

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

Apellidos y nombres completos

RAMOS CHALA VIVIANA ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1084578674	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

GALINDO ARIAS RICARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1084577098	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GALINDO ARIAS RICARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1084577098	Ricardo Galindo A.

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
	LIBARDO ALVAREZ SANDOVAL NOTARIO TERCERO

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes MAY Día 24	LIBARDO ALVAREZ SANDOVAL
	Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA TERCERA DEL CIRCULO DE NEIVA

- SEGUNDA COPIA PARA EL INTERESADO -

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 14/11/2025

Ficha: 41483005504100000158

C1

GRUPO SISBÉN IV

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ALAIA MARIA

Apellidos: GALINDO RAMOS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1076926217

Municipio: Nátaga

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/11/2018

Última actualización ciudadano: 19/09/2025

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

A1→A5	B1→B7	C1→C18	D1→D21
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerabilidad	Ni pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: VICTOR HUGO ARIAS ANDAPIÑA

Dirección: Carrera 8 No 2 - 43

Teléfono: 3156304407

Correo Electrónico: alcaldia@nataga-huila.gov.co

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	1076926217
NOMBRES	ALAIA MARIA
APELLIDOS	GALINDO RAMOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NATAGA

Datos de afiliación :

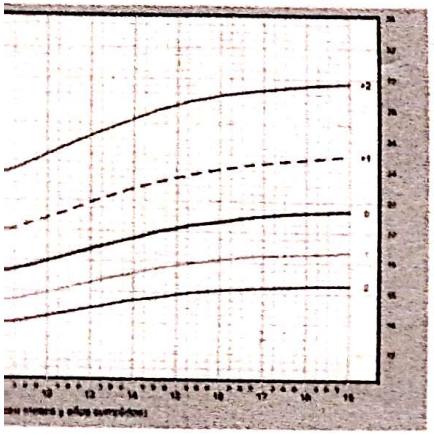
ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/14/2025 20:25:57	**Estación de origen:**	192.168.70.220

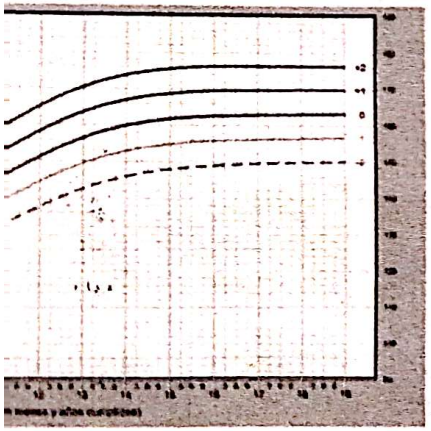
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la 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

as
os)



as
ños)

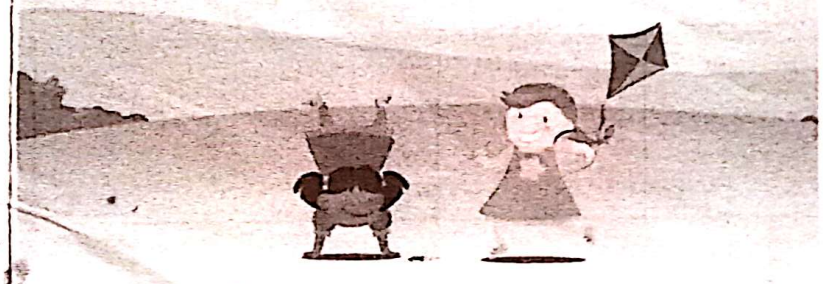




CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DÍA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2024	Diciembre	17	11:00		
2025	MARZO	7	6:00	✓	
2025	MAYO	22	Medio	✓	
2025	Mayo	22	Mañana		

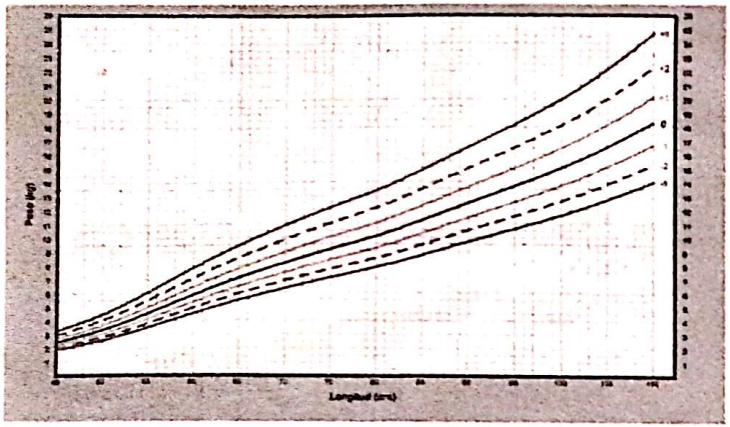
E.S.E HOSPITAL
LUIS ANTONIO MOJICA
Nataga - Huila
... Porque su salud esta en buenas manos



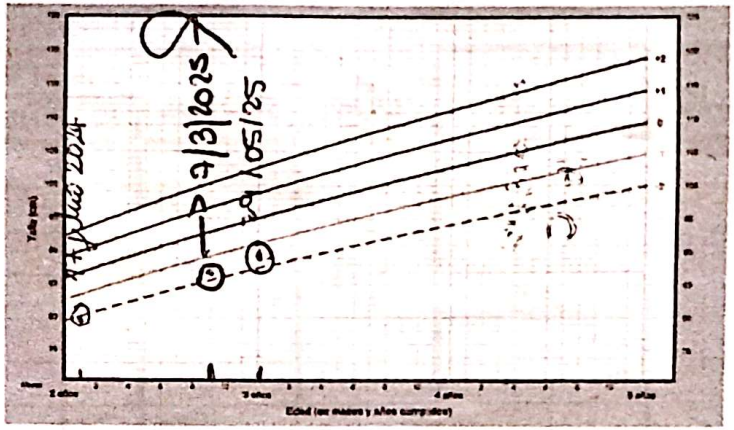
CARNÉ DE SALUD MENORES DE 10 AÑOS NIÑAS

Nombre Alaia María Galindo Ram
Fecha de Nacimiento 22 mayo 20
Registro Civil 1076926217
Teléfono
Dirección
Barrio o Vereda
Nombre Responsable del Niño
Viviana Andrea Ramos
EPS Afiliación Sanitas
Sitio de Atención

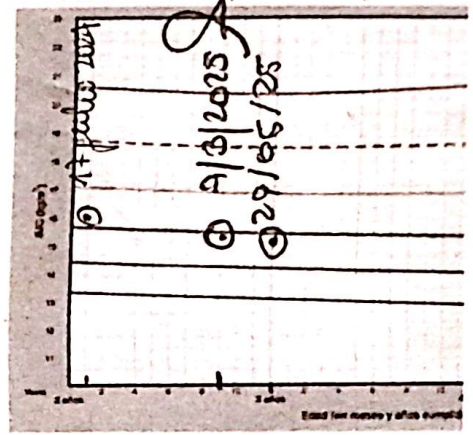
Peso para la Talla Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)



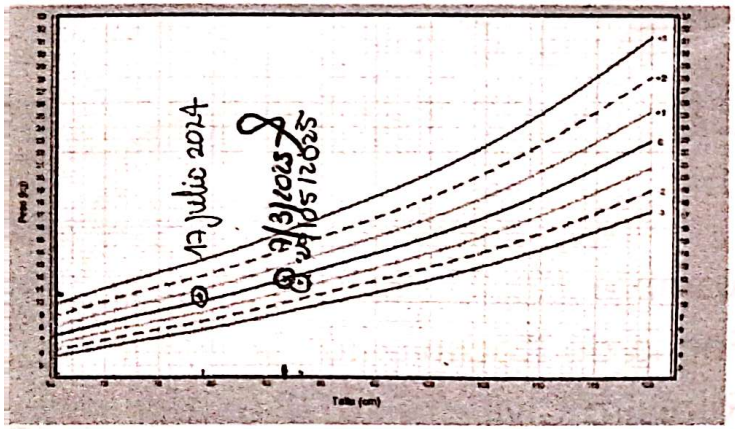
Talla para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)



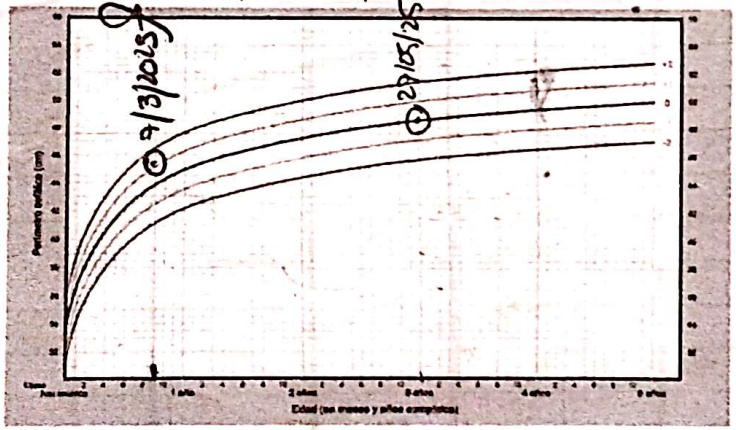
IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)



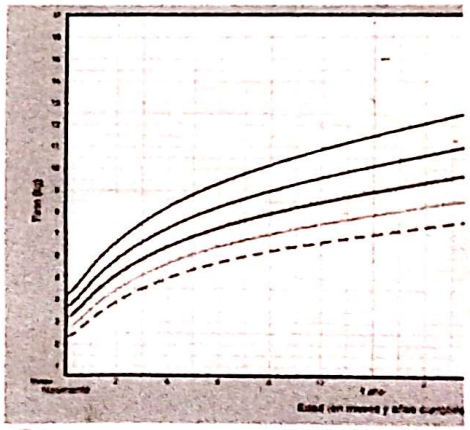
Peso para la Talla Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)



Perímetro Cefálico Niñas
Puntuación Z (0 a 5 años)



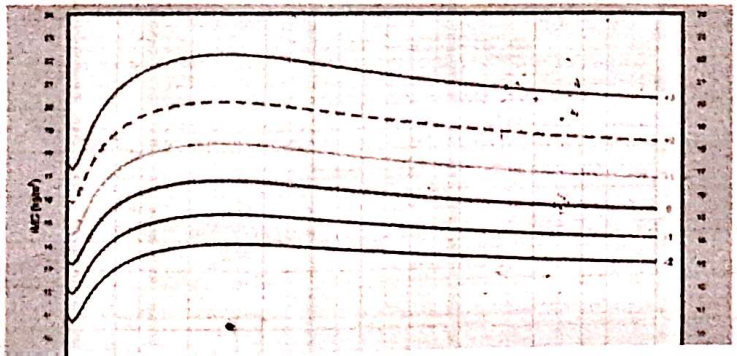
Peso para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)



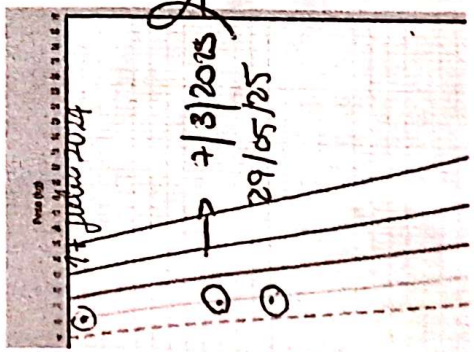
Talla para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)



IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)



14

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

SEGUIMIENTO RECIEN NACIDO						
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal	Alterado			
	Auditivo OEA/PEAA	Normal	Alterado			
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal	Alterado			
	Visual	Normal	Alterado			
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA						

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega					
2.ª entrega					
3.ª entrega					
4.ª entrega					
5.ª entrega					

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

VALORACION DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

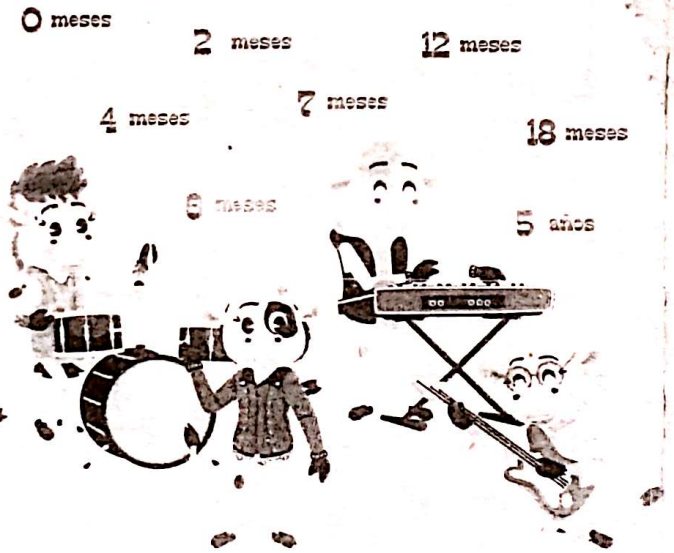
3 años					
4 años					
5 años					

*Mayor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meningea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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



Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: 14 OCT Alaia Maria Galindo Ramos

Fecha de nacimiento: 22- MAY02

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1096926217

Sexo: femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 910 Talla: 54.

Dirección: Natagaima Huila Vereda Oriental

Teléfono 1: 3114291213

Teléfono 2: 3228514714

Responsable: Viviana Ramos

Municipio de residencia: Natagaima Huila

Departamento:

CC 1084578741

Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de tu

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: Tipo identificación: No. ID:

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha proxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apell del vacunado
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	24	05	22	Serum	0321X017E					
	Hepatitis B	Recién nacido	24	05	22	Serum	0321X017E					
2 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª				Bithoven	211306A	IN				Paola Lo
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª				Serum	285 1 y 022B	HUN				Paola Lo
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª						HUN	29	2		Paola Lo
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª										
	Diarrea por rotavirus	1.ª										
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª					LOTMF6	HUN				paola L
4 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	29	11	22	Bithoven	2141015A	EPS sanitas				Ingrid lla
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	29	11	22	Serum	285 1 X0 2 1 D	EPS sanitas				Ingrid lla
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	29	11	22	Serum	285 1 X0 2 1 D	EPS sanitas				Ingrid lla
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	29	11	22	Serum	285 1 X0 2 1 D	EPS sanitas				Ingrid lla
	Diarrea por rotavirus	2.ª	29	11	22	GlaxO	AR0LD059AB	EPS sanitas				Ingrid lla
	Neumonia, otitis, Meningitis y 13 bacteriemia causada por neumococo	2.ª	29	11	22	Pfizer	EX8589	EPS sanitas				Ingrid lla
6 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	14	02	2023	Bithoven	2141014A	ESE Nataga	29 enero 23			Enfermera Resolucion 244
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	14	02	2023	serum	285 1 X0 2 2 B					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª										
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª										
	Influenza estacional	1.ª										
7 meses	Influenza estacional	2.ª										
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	7	10	2023	SERUM	013 1 NO8 2 A	ESE Nataga				Ana Maria
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	7	10	2023	PFIZER	FY9925					
	Varicela	2.ª	7	10	2023	MERCK	W0250 88					
	Hepatitis A	Única	7	10	2023	SINOVAC	20230100S					
	Influenza estacional	Anual	7	10	2023	GREEN CROSS	VS0523004					
18 meses	Poliomielitis (VIP ☒ VOPb ☐)	1.er refuerzo	1	5	2024	Bithoven	2230402A	ESE Nataga				Blanquita
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	1	5	2024	Fabricante	285 2 X0 1.4 K					
	Fiebre amarilla	Única	1	5	2024	Sanofi	W3F43					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampion, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	1	5	2024	Serum	013 3 P0 04 A	ESE Nataga				
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis	Influenza	2	1	5	2024	Sanofi	240057 9	ESE Nataga				

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutr

E.S.E. Hospital Luis Antonio Mojica
Nátaga - Huila
Nit: 813.011.465-8
Salud con calidad y Calidez para todos.

CARNÉ DE CITAS

Programas

Planificación Familiar [ ]

Odontología / Higiene Oral [x]

Otros. [ ]

Cual: odontologia.

Nombre y Apellidos: Abria Maria. Galindo Ramos.

Historia Clínica: 1076926217.

Fecha de Nac.: 22-05-22.

E.P.S: Sanitas.

Dir: B/ Sanderos.

Tel: 3228514714.

Motivo	Dia	Mes	Año	A.	N.A	Observaciones 15
Higiene oral	28	03	2025			Ana Elci Cruz Auxiliar en Salud Oral Tel: 321-[illegible]2018
Higiene oral.	29	09	2025			
Higiene oral	18	10	25	✓		Ana [illegible]
Higiene oral	19	4	26			

Comuniquese con Nosotros

Urgencias: 311 2292090
Citas medicas: 312 4818595
Citas odontología: 312 3354155
HospitalLuisAntonioMojicaNataga
www.esehospitalnatagahuila.gov.co

No olvidar traer este carnet todas las veces que asista a control con Medicina, Odontología y Enfermería. Al solicitar citas sera exigido.

CERTIFICADO MEDICO ESCOLAR

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CERTIFICADO

Fecha de expedición	26/03/2025
Ciudad de expedición	NATAGA
Departamento de expedición	HUILA

INFORMACIÓN GENERAL DE QUIEN ELABORA EL CERTIFICADO

Apellidos	GOMEZ DE LA HOZ
Nombres	AMPARO ROCIO
No. de Tarjeta Profesional	0267/2015

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Apellidos	GALINDO RAMOS						
Nombres	ALAIA MARIA						
Documento de Identidad	RC	X	TI		Nº 1076926217		
Fecha de Nacimiento	2022-05-22					Edad	2 AÑOS
Sexo	FEMENINO						
Estado Civil	SOLTERA				EPS	Sanitas	
Escolaridad	ESTUDIANTE				REGIMEN	SUBSIDIADO	

ANTECEDENTES

Personales	SI	X	NO		Cual? AH intestinal no tiene intolerancia.
Familiares	SI	+	NO		Cual? Diab, Cancer, HTA
Alérgicos	SI		NO	+	Cual?
Quirúrgicos	SI	+	NO		Cual? Resección del intestino, corrección labio de Bag
Infectocontagiosas	SI		NO	+	Cual?
Otros					

CONCEPTO PARA VALORACIÓN

ANAMNESIS	ASINTOMATICA										
PESO	11,20	TALLA	86,5	FC	86	FR	16	PC	48	Tº	36
AGUDEZA VISUAL	SIN ALTERACIONES										
AGUDEZA AUDITIVA	SIN ALTERACIONES										
EXAMEN FISICO	SIN ALTERACIONES										
ESTADO DE SALUD	ADECUADO, NO COMPROMISO SISTEMICO NO PRESENTA ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSA										
OBSERVACIONES	Recomendaciones nutricional y cuidados por enfermedades										

DIAGNOSTICOS	CIE10
CONTROL DE RUTINA	Z000
EXTENSION DE CERTIFICADO MEDICO	Z027

RESPONSABLE DEL CERTIFICADO

AMPARO GOMEZ DE LA HOZ
RM 0267/2025
MEDICO GENERAL

Proyecto: Amparo Gómez De la Hoz	Reviso: Elenicxa Zúñiga Ángel	Aprobó: Elenicxa Zúñiga Ángel
Cargo: Coordinación Asistencial	Cargo: Gerente	Gerente

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.084.578.674
RAMOS CHALA

APELLIDOS
VIVIANA ANDREA

NOMBRES

Viviana Andrea Ramos Ch

FIRMA





INDICE DERECHO

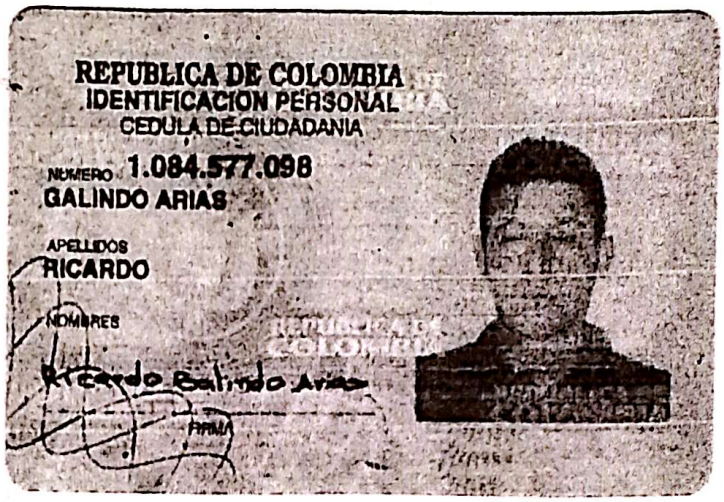
FECHA DE NACIMIENTO 08-SEP-1996
NATAGA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

26-SEP-2014 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1905000-00071581-F-1084578674-20161214 0052640855A 1 45953391



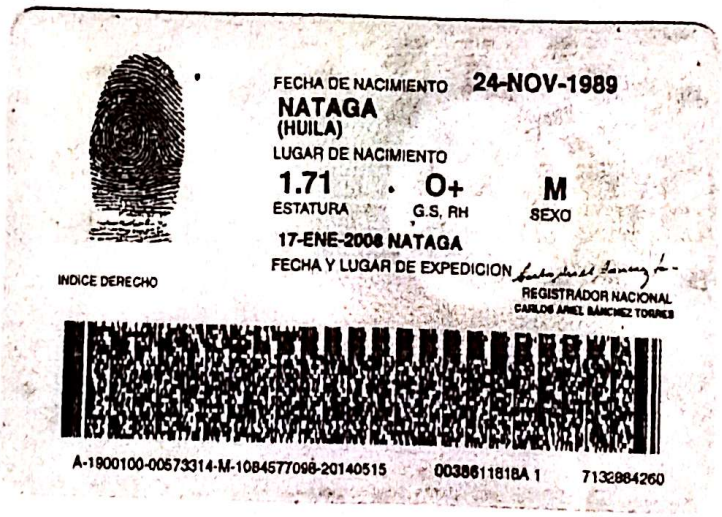
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.084.577.098
GALINDO ARIAS

APELLIDOS
RICARDO

NOMBRES
Ricardo Galindo Arias

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-NOV-1989
NATAGA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA · O+ G.S. RH · M SEXO

17-ENE-2008 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1900100-00573314-M-1084577098-20140515 0038611818A 1 7132864260

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

Código: 031536

FS 14063781

Surcolombiana de Gas S.A. E.S.P
NIT: 830118717-1
Neiva: KM 3 vía al Sur, Pitalito: Cr 1B 4-58, Mocoa: Km 2 vía Pitalito, Puerto Asís: Cr 19 14-28, Cel: 3103157028, Email: atencionalcliente@surgas.com

No somos Grandes contribuyentes, Responsables de IVA
Resolucion de Facturación Electónica DIAN No. 18764081751512 de fecha 18/10/2024,
Desde No. 13049820 Hasta No.14264116 vigencia 18/10/2026

Nombre: AGUSTIN ARIAS BARRERA
Cédula de ciudadanía 1625571 0
Dirección: CRA 6 7A-61
Barrio: SENDERO-NATAGA
Municipio: NÁTAGA
Medio de Pago:Consignación bancaria

Fecha y Hora de Generación: 12/08/2025 9:33 AM
Fecha de Validación DIAN: 12/08/2025 9:41 AM
Días Facturados: 31
Periodo Facturado: 5-jul-2025 / 4-ago-2025
Ultimo Pago: 16-jul-2025 / 193020
Condiciones de pago:CREDITO 21 DIAS

TOTAL A PAGAR: $72,830

Pagar antes de:30-ago-2025

La orden de suspensión procederá en cualquier momento desde:

1-sep-2025

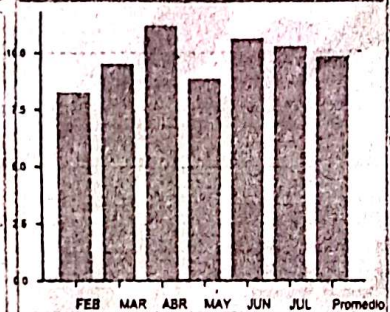
Estrato: 1
Clase de Uso: R
Ciclo: 01
No. Medidor: 00002009-
Ruta: 000100011850
Atraso: 0

Consumo mes: AGOSTO / 25
Causa Cobro Prem.
NORMAL
Lectura Anterior: 1942.14
Lectura Actual: 1951.61
Consumo M3: 9.47
Factor: 0.98
Consumo Corregido: 9.28
Tipo de Gas: GLP

TARIFAS DE CONSUMO POR RANGOS

Rango	Cons. M3	Vr. M3	Vr. Parcial
0.01-7.26	7.26	13580.78	98596
7.27-9999	2.02	12569.58	25370

CONSUMOS ANTERIORES



Intereses por Mora % 1.6885 %

COMPONENTES TARIFARIOS

Gm: 3456.88
Tm: 3360.34
TVm: 1040.71
%P: 1.77
Pm: 2.05
UR2467.14
UNR1042.78
CUfm: 3994.94
UR12659.58
UNR9041.96
q113580.78
q213595.7
%S1: 51.86
%S2: 39.85
%C5y6: 20
%CnoRes: 8.9
TRM: 0
fPC: 1

DESCRIPCIÓN DEL COBRO

Concepto	Valor	Atraso	IVA
CONSUMO	123967	0	0
SUBSIDIO	-51132	0	0
AJUSTE DECENA	-5	0	0
TOTAL IVA			0
TOTAL A PAGAR			$72,830

SALDO CRÉDITO VIGENTES

CONCEPTO	SALDO CAPITAL ANTERIOR	DESCRIPCIÓN CUOTAS FACTURADAS			NUEVO SALDO CAPITAL	CUOTAS PEND.	INT. %
		Capital	Int. Fin.	Valor Cuota			

Mensaje de Importancia NINGÚN COLABORADOR DE LA EMPRESA ESTÁ AUTORIZADO EN RECIBIR DINERO, POR FAVOR REALIZAR SUS PAGOS SOLO EN LOS PUNTOS DE RECAUDO

Señor Usuario, es importante que considere lo dispuesto en el artículo 130 de la Ley 142 de 1994 lo cual establece; la responsabilidad solidaria que existe en el pago de las obligaciones contraídas por alguna de las partes del contrato de prestación de servicios. SURCOLOMBIANA DE GAS S.A E.S.P vela por su seguridad y bienestar, por esta razón le informamos que su próxima REVISIÓN PERIÓDICA,VENCE el 2029-07-12. El saldo acumulado CREG 048/20 del mes anterior es $587865 , su saldo acumulado CREG 048/20 actual es $572096.

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA FS 14063781	Código 031536	Periodo Facturado 5-jul-2025 / 4-ago-2025	Pagar antes de: 30-ago-2025	TOTAL A PAGAR: $72,830

(415)7709998013193(8020)0014063781(3900)0000072830(96)20250909

QR DIAN

CUFE 9dbc2d378a91680d9be0239ef1b7b9c0b43c51a4fea6bdb603361979534efceb7a8f286391ced7a1c183562f6924be9b

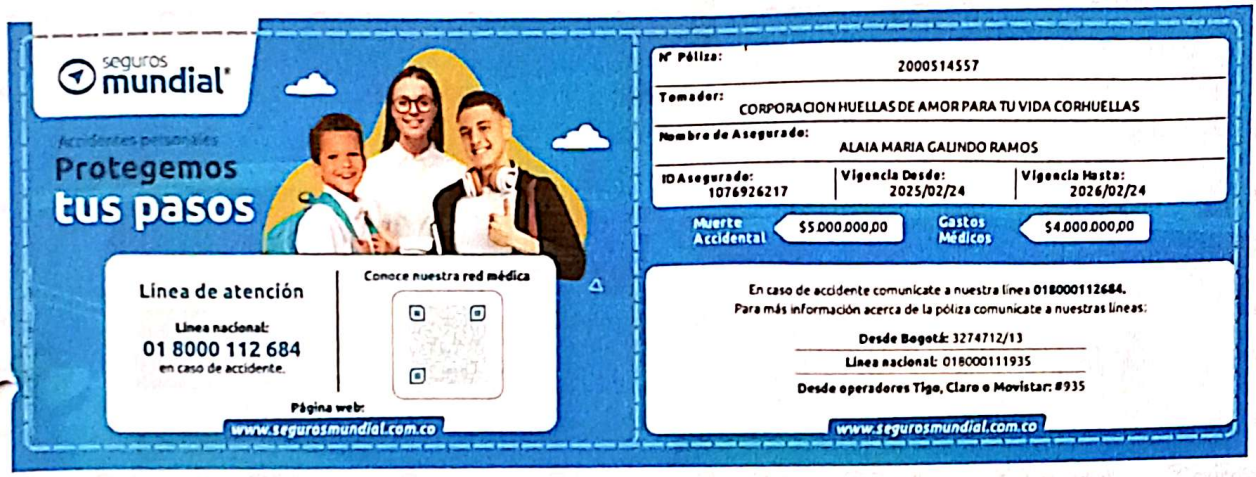
Cualquier inconformidad con este extracto favor comunicarla a la Revisoría Fiscal PricewaterhouseCoopers - PwC al buzón: sonia.riano@pwc.com

- USUARIO -

- RECAUDADOR -

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT 900 026 580-2 Software: fact-ery


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
Nº Póliza: 2000514557
Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS
Nombre de Asegurado: ALAIA MARIA GALINDO RAMOS
ID Asegurado: 1076926217
Vigencia Desde: 2025/02/24
Vigencia Hasta: 2026/02/24
Muerte Accidental $5.000.000,00
Gastos Médicos $4.000.000,00
En caso de accidente comunicate a nuestra linea 018000112684.
Para más información acerca de la póliza comunicate a nuestras lineas:
Desde Bogotá: 3274712/13
Linea nacional: 018000111935
Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935
www.segurosmundial.com.co

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad Notaga

Nombre completo de la niña o niño Alaia Maria Galindo Ramos

Fecha de nacimiento 22 05 2022 **N° Documento de Identidad** 1.076.926.217

Sexo Masculino ○ Femenino ⊗ **Fecha de 1er día de atención en el año** 26 02 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Flor Imelda Chimbaco Perez

Fecha de registro cualitativo 26 05 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
Alaia Mario es una niña alegre, cariñosa que participa en las experiencias pedagogicas, su lenguaje es claro, cuenta situaciones vividas, comparte alegremente en las actividades.
se encuentra dentro del perfil esperado, ya que desarrolla los items acordes a su edad.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Flor Imelda Chimbaco Perez

Fecha de registro cualitativo 26 08 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
Alaia Mario es una niña tierna cariñosa, disfruta del contacto directo con la naturaleza donde a traves de la exploracion aprende, le gusta jugar con la fichas, se encuentra dentro del Terfil esperado donde desarrolla las actividades acordes a su edad.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Flor Imelda Chimbaco Perez

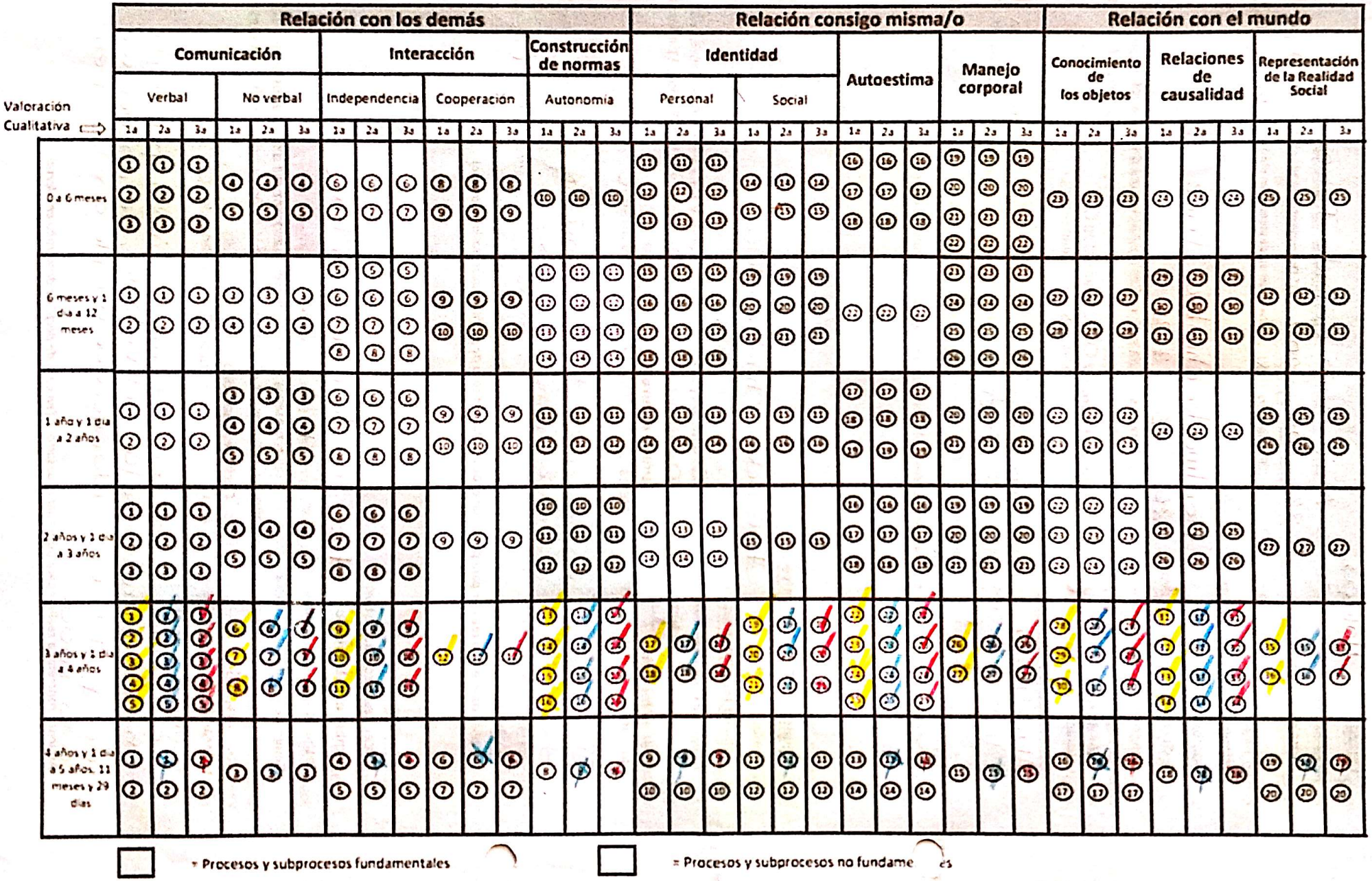
Fecha de resgistro cualitativo 10 11 2025

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
Alaia Maria es una niña tierna, carinosa, participa alegremente en el desarrollo de las actividades, se encuentra dentro del perfil esperado, ya que cumple con los items acordes a su edad.

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


Relación con los demás
Relación consigo misma/o
Relación con el mundo
Comunicación
Interacción
Construcción de normas
Identidad
Autoestima
Manejo corporal
Conocimiento de los objetos
Relaciones de causalidad
Representación de la Realidad Social
Verbal
No verbal
Independencia
Cooperacion
Autonomia
Personal
Social
Valoración Cualitativa
1a 2a 3a
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
= Procesos y subprocesos fundamentales
= Procesos y subprocesos no fundamentales