CORPORACIÓN Huellas de Amor Para Tu Vida NIT 900192801-0	HOJA DE CONTROL CARPETA BENEFICIARIO	VERSION: 002-2025
NOMBRE	Alan Santiago Osorio Medina	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.084.579.910	
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		
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	✓	
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



MUNICIPIO: NATAGA

NIVEL:

FECHA DE INGRESO:			NIVEL A QUE INGRESA
26	02	2025	

NOMBRE COMPLETO USUARIO	Alan Santiago Osorio Medina
NUMERO DE DOCUMENTO	1.084.579.910
CIUDAD Y FECHA DE NACIMIENTO	07/06/2021 - Nataga (H)
EDAD	3 años 8 meses
DIRECCION DE RESIDENCIA	Cra 8 4-42 B. Cristo Rey
SEGUNDA DIRECCION	
TELEFONOS	3134566965
ESTRATO HOGAR	2
PUNTAJE SISBEN – No FICHA	A2
CRITERIO DE FOCALIZACION	Sisbén
AFILIACION A SALUD	Sanitas - Subsidiado
NOMBRE DEL PADRE (niñ@s)	Carlos Alfredo Osorio Salazar
OCUPACION	Agricultor
NUMERO DE CONTACTO	3134566965
NOMBRE DE LA MADRE (niñ@s)	Alexa Medina Gualy
OCUPACION	Ama de casa
NUMERO DE CONTACTO	3134566965
NOMBRE ACUDIENTE	Alexa Medina Gualy
OCUPACION	Ama de casa
NUMERO DE CONTACTO	3134566965
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:	Alexa Medina Gualy
PARENTESCO	Mama
TELEFONO	3134566965
AUTORIZACION PARA RECOGER (niñ@s)	Jose Milner Andapria Peto
CEDULA	83.250.372
PARENTESCO	

Alexa Medina G
FIRMA ACUDIENTE / PADRE DE FAMILIA

Daniela A Bonce R
NOMBRE DOCENTE

FIRMA COORDINADOR

CORPORACIÓN

NIT 900192801-0

ACTA DE COMPROMISO

Fecha 26-02-2025
Yo, Alexa Medina Gualy Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía N° 1.084.579.388 Expedida en Nátaga Padre, Madre y/o acudiente de Alan Santiago Osorio Medina Residente en el Municipio de Nátaga en la Dirección Cristo Rey Cra 8 4-42 Teléfono 313 456 6965 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: ALEXA MEDINA GUALY 1.084.579.388

Yo Daniela Andreyi Nosiue Ramirez 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 Daniela A Nosiue R

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 Santiago Osorio Medina, identificado (a) con documento de identidad número 1.084579.990 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, Alexa Medina Gualy, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.084579388 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	

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 Huellas de amor para tu vida 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 Villa Mercedes Sectos I

Suscriben:

Firma: ALEXA MEDINA GUALY
Nombre: Alexa Medina Gualy
Calidad - Titular: Madre Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3134566965
Fecha: 26-02-2025
Municipio: Patoja (H)

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: Vatoga (H)

UNIDAD DE SERVICIO: CDI VILLA MERCEDES SUEÑOS INFANTILES

YO, Alexa Medina Gualy con CC 1.084.579.388
Padre, acudiente o representante legal del niño /niña Alan Santiago Ospro Medina
Con registro civil No 1.084.579.910 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**

ALEXA MEDINA GUALY
FIRMA ACUDIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

CEDULA: 1.084.579.388

CORPORACIÓN
Huellas de Amor
Para Tu Vida

Dirección Carrera 1 B # 2-21, Barrio Quinche
Pitalito Tel: 838 3642

NIT 900192891-0

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 Infantiles

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:

ALEXA MEDINA GUAY

FIRMA
NOMBRE PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE: Alexa Medina Guay
N° DOCUMENTO IDENTIDAD: 1.084.579.388

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 Hermosa Sueños Infantiles

ACUERDO

Yo, Alexa Medina Gualy, identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. 1.084.579.388 expedida en Natagá, autorizo al encargado legalmente del Centro del Desarrollo Infantil Villa Hermosa Sueños I 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) Alan Santiago Osorio del nivel _____ 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 febrero de 2025.

PADRE Y/O MADRE

NOMBRE: Alexa Medina Gualy

FIRMA: ALEXA MEDINA GUALY

C.C. 1.084.579.388

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 Alexa Medina Gualy, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.084.579.388 de Nátaga, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Alan Santiago Barrio Medina identificados con NUIP No. 1.084519990, usuario de la unidad de servicio CDI Niño Mercedes Jesús, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en _____, a los _____ días del mes _____ de 202( )

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

Nombre: Alexa Medina Gualy

Firma: ALEXA MEDINA GUALY

CC. No. 1.084.579.388

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Daniela Andrea Rosero Ramirez

Firma: Daniela A Rosero R

CC. No. 1.001.173.253

PACTO DE CONVIVENCIA

Yo Alexa Medina Gualy, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1.084579388 expedida en Nátaga 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 Yotaqu (H) a los 25 días del mes de Enero del 2025

FIRMA: ALEXA MEDINA GUACA

C.C N°: 1.084579388 DE Nátaqa

DOCENTE: Daniela A Vasquez R

AUXILIAR: Yeni Alexandra Tovio Acosta

COORDINADOR (A): Claudia Marcela Vargas

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.084.579.910

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59236263

59236263

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L Y B

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

REGISTRADURIA DE NATAGA - COLOMBIA - HUILA - NATAGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
OSORIO	MEDINA

Nombre(s)

ALAN SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes JUN Día 07	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA NATAGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	163637381

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos 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

MEDINA GUALY ALEXA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.084.579.388	COLOMBIA

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos 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

OSORIO SALAZAR CARLOS ALFREDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.473.458	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

OSORIO SALAZAR CARLOS ALFREDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.004.473.458	carlos Alfredo osorio

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes JUN Día 11	CRISTOBAL VILLANUEVA ARAGONEZ - R Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
carlos Alfredo osorio Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil

COPIA DEL ORIGINAL
SIN COSTO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 16/11/2025

Ficha: 41483001503500000223

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ALAN SANTIAGO

Apellidos: OSORIO MEDINA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1084579910

Municipio: Nátaga

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/11/2018

Última actualización ciudadano: 13/07/2021

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: 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	1084579910
NOMBRES	ALAN SANTIAGO
APELLIDOS	OSORIO MEDINA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NATAGA

Datos de afiliación :

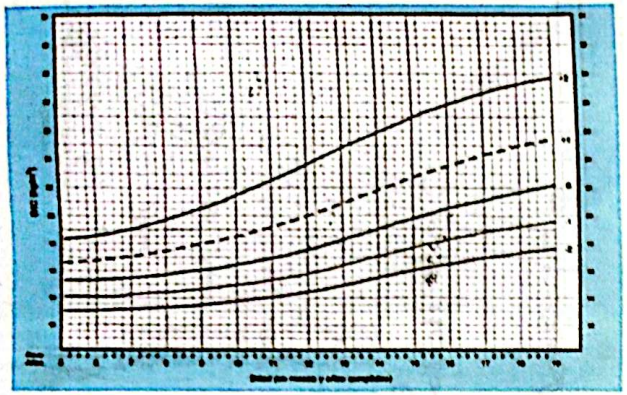
ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	24/04/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/16/2025 13:15:05	**Estación de origen:**	192.168.70.220

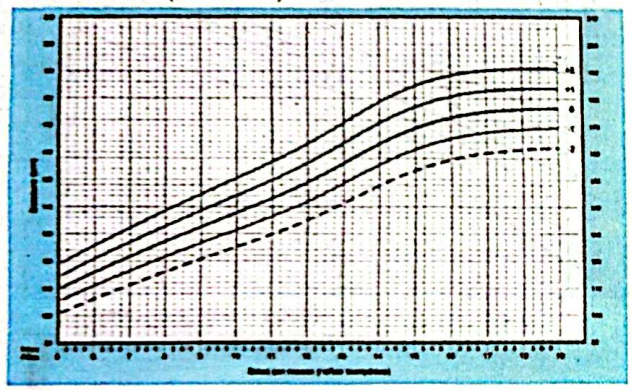
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la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

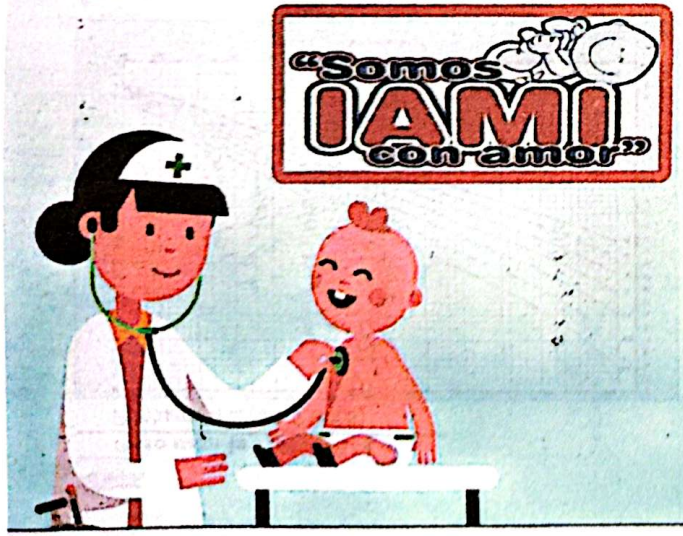
Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el

IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (5 a 17 años)



Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (5 a 17 años)





CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DÍA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2021	[illegible]	28	8 [illegible]	✓	
2021	Diciembre	10	llamar.		
2022	Marzo	10	llamar.		X
2022	Abril	19	llamar	✓	✓
2022	Junio	17	llamar	✓	✓
2022	Diciembre	20	llamar.	✓	✓
2023	Junio	7	llamar	—	✓
2023	Diciembre	7	llamar	✓	
2024	Junio	2	llamar		
2024	Diciembre	23		✓	✓
2025	Junio	7	llamar		
2025	[illegible]	11	P.M. 1 [illegible]		
2025	Octubre				

Se realiza Seguimiento el 06/11/2025 volver el 06/12/25.
Talla: 98cm
Peso: 31kg

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



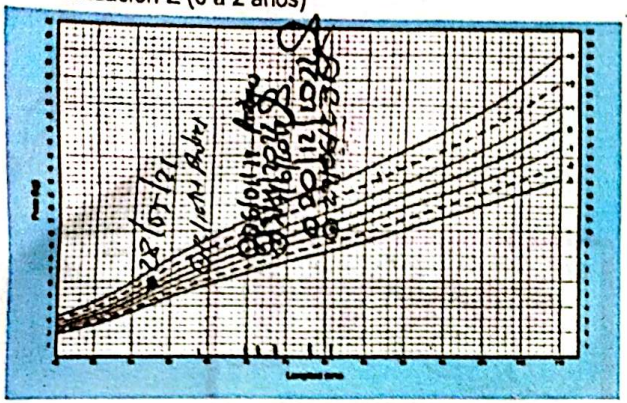
CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS NIÑOS

Nombre Alan Osorio Medina
Fecha de Nacimiento 07/06/2022
Registro Civil 1084579910
Teléfono 3134623527
Dirección
Barrio o Vereda Vda el Trapiche
Nombre Responsable del Niño
Alexa Medina
EPS Afiliación Coosalud
Sitio de Atención Nataga

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS AGENTES SE LO RECOMIENDE

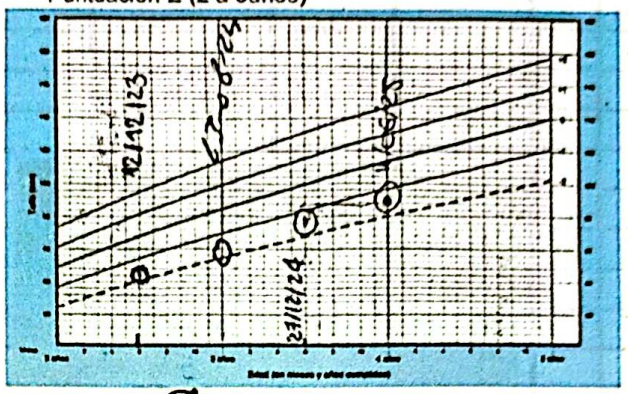
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



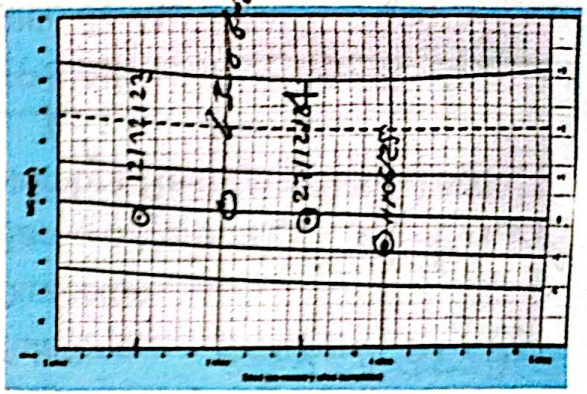
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



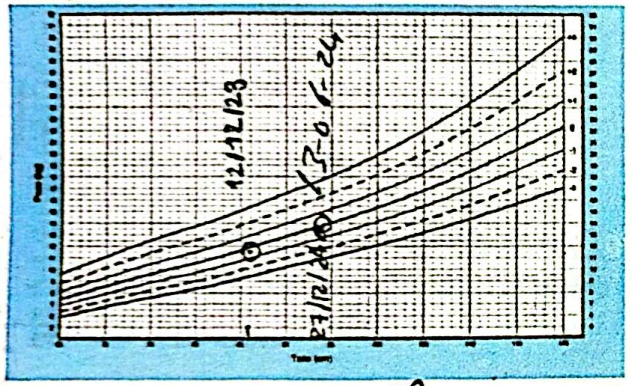
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



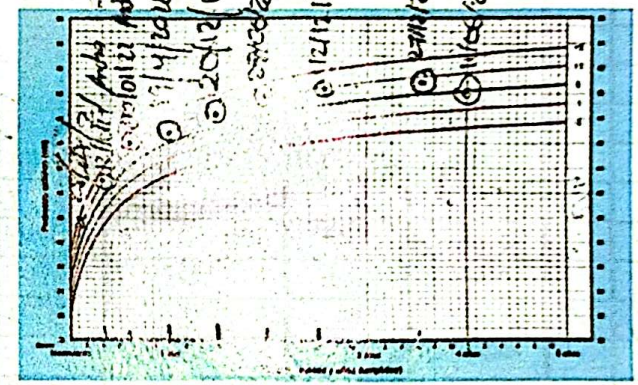
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



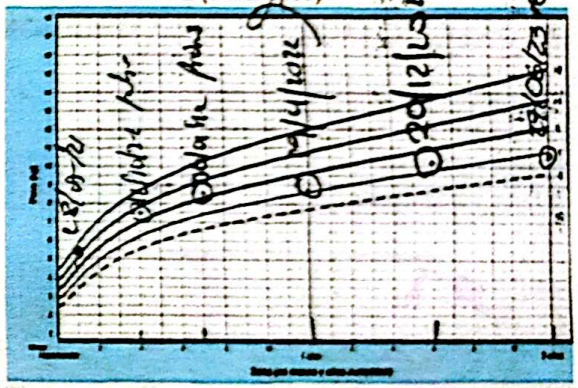
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5años)



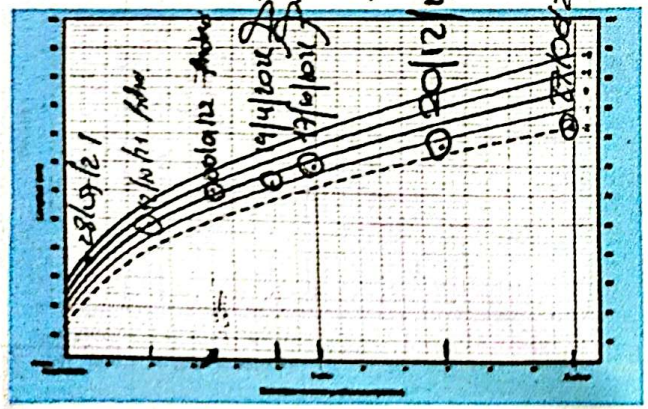
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



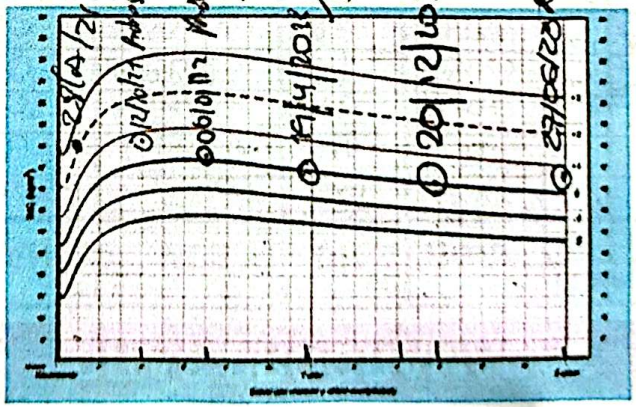
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



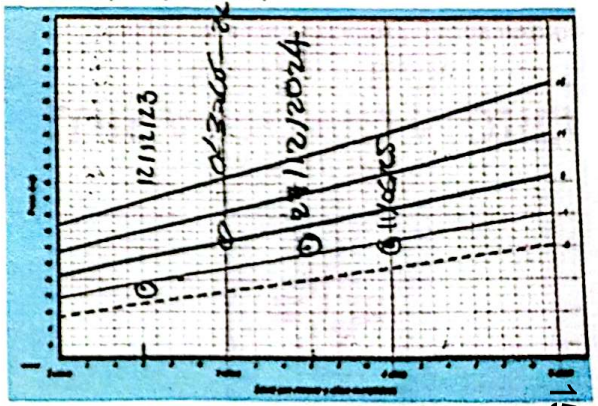
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
ÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA
r Fecha: 07/06/2021
ER CONTROL MÉDICO
e vida Fecha:
ENTO POR ENFERMERÍA

de cita amada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió

ecibir suplementos con Hierro y Vitamina
os 6 meses hasta los 5 años de edad, de
a estrategia **AIEPI**.

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

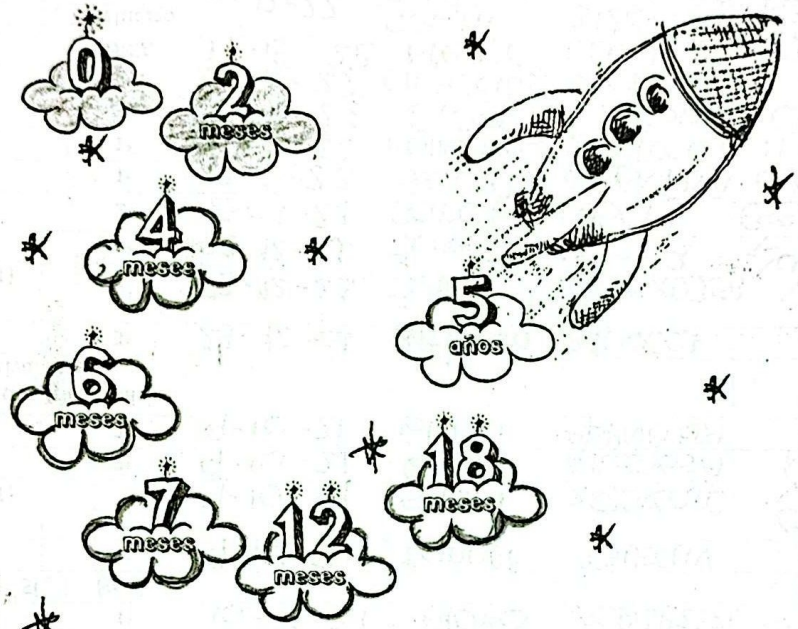
debe realizar toma de TSH al momento
e hipotiroidismo.

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, Rubéola 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
Porque mi vida hay que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Alan Santiago Osorio Hedina
Fecha de nacimiento: 7-06-2021
Nº de certificado de nacido vivo: 163637381
Registro civil: 1084574410.
Sexo: masculino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3950 gr
Dirección: V/ El triunfo
Teléfono: 3134623527
Responsable: Alexa Hedina Guaky
Municipio de residencia: Nátaga
Departamento: Huila

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: Alan Santiago Osorio Medina **Registro Civil:** 1084.579.910

Edad	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
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	SI [X] No [ ]						
	Tuberculosis B.C.G.	Única	8-06-21	Serum	0379G165	H. Naturga		Dorathza Otalora
	Hepatitis B	Recién nacido	8-06-21	Serum	0329Y0126	H. Naturga		Dorathza Otalora
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	SI [X] No [ ]						
	Polio (Oral - IM)	1°	10-08-21	Sanofi	T3089IV			
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1°	10-8-21	Serum	2820X008C			Dorathza
	Rotavirus	1°	10-8-21	Glaxo	AB0C765A			
	Neumococo	1°	10-8-21	Glaxo	ASPNB28A			
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	SI [ ] No [ ]						
	Polio (Oral - IM)	2°	9-10-21	Sanofi	T3089IV			
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2°	9-10-21	Serum	2820X008C			
	Rotavirus	2°	9-10-21	Glaxo	AB0C765A			
	Neumococo	2°	9-10-21	Glaxo	ASPNB28A			
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3°	23-12-21	Bithoven	2105003			
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3°	23-12-21	Serum	2850X035A			
	Influenza	1°	23-12-21	Sanofi	V3C13			
7 Meses	Influenza	2°	2501-22	Sanofi	V3C13	ESE Naturga		
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1°	17-6-22	Serum	0130N128A	ESE Naturga		
	Fiebre Amarilla	1°	20-12-22	Manguinhos	212VF0015T	H. Naturga		
	Neumococo	Refuerzo	17-6-22	Glaxo	ASPNB315BA	ESE Naturga		
	Influenza	Anual	20-12-22	Green Cross	V5022006	H. Naturga		
	Hepatitis A	ÚNICA	17-6-22	Merck	U007725	ESE Naturga		
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo		Serum	2121004A	ESE Naturga		
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	20-12-22	Bithoven	2851Q012B			
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	5-07-23	Serum	0131N019B	ESE Naturga	5 AÑOS	
Niñas 9 Años o más	VPH	1°						
	VPH	2°						
	VPH	3°						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	1	17-6-22	Merck	U006422	ESE Naturga		
	Influenza	2	20-12-24	Green Cross	V5024002	ESE Naturga		
	Influenza	D.A	11-06-25	Glaxo	V5052003	ESE Naturga		

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.

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	OSORIO MEDINA				
Nombres	ALAN SANTIAGO				
Documento de identidad	RC X TI	Nº 1084579910		Edad	3 AÑOS
Fecha de Nacimiento	7/06/2021				
Sexo	MASCULINO		EPS	Sanitas	
Estado Civil	SOLTERO		REGIMEN	SUBSIDIADO	
Escolaridad	ESTUDIANTE				

ANTECEDENTES

Personales	SI		NO	X	Cual?
Familiares	SI		NO	X	Cual?
Alérgicos	SI		NO	X	Cual?
Quirúrgicos	SI		NO	X	Cual?
Infectocontagiosas	SI		NO	X	Cual?
Otros					

CONCEPTO PARA VALORACIÓN

ANAMNESIS	ASINTOMATICA								
PESO	13.95	TALLA	95	FC	86	FR	16	PC	52 Tº36
AGUDEZA VISUAL	SIN ALTERACIONES								
AGUDEZA AUDITIVA	SIN ALTERACIONES								
EXAMEN FISICO	SIN ALTERACIONES								
ESTADO DE SALUD	ADECUADO, NO COMPROMISO SISTEMICO NO PRESENTA ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSA								
OBSERVACIONES									

DIAGNOSTICOS	CIE10
CONTROL DE RUTINA	Z000
EXTENSION DE CERTIFICADO MEDICO	Z027

RESPONSABLE DEL CERTIFICADO

AMPARO GOMEZ DE LA HOZ
RM 0267/2025
MEDICO GENERAL

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: Odontología.

Nombre y Apellidos: Alan Santiago Osorio Medina

Historia Clínica: 1084579910

Fecha de Nac.: 7-07-2021

E.P.S: Sanitas

Dir: V/ El Triunfo

Tel: 3134623527.

Comuniquese con Nosotros

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

CITA DE CONTROLES

Motivo	Dia	Mes	Año	A.	N.A	Observaciones
Odontologia.	5	11	25			Gisell Priya M. [redacted] CC. 1081400457 ODONTOLOGA unicoc
Higiene Oral	6	11	25	✓		Inoe
Higiene oral	8	5	26			

No olvidar traer este carnet todas las veces que

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.084.579.388**

MEDINA GUALY

APELLIDOS

ALEXA

NOMBRES

ALEXA MEDINA G.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-MAY-1999**

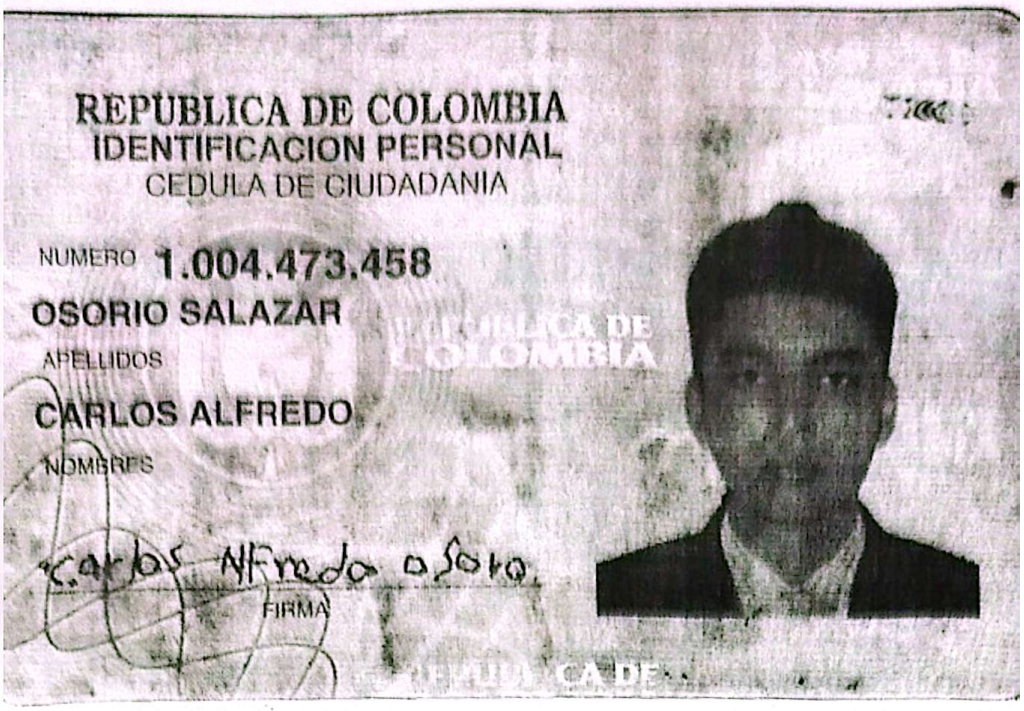
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

16-JUN-2017 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1905000-00925291-F-1084579388-20170725 . 0056579365A 1 45953809



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

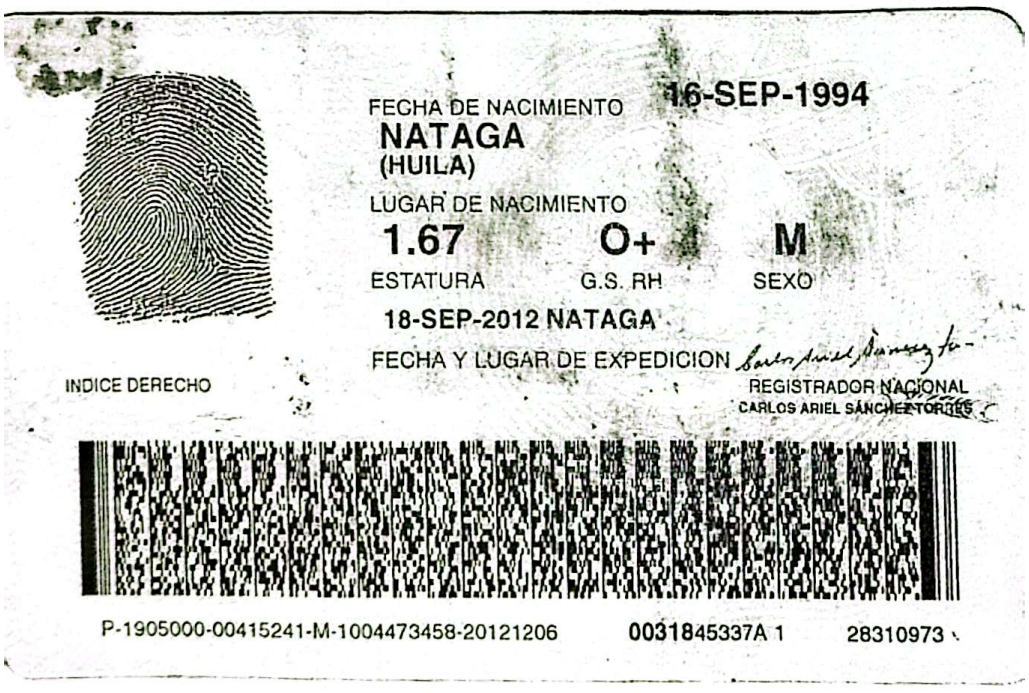
NUMERO 1.004.473.458

OSORIO SALAZAR
APELLIDOS

CARLOS ALFREDO
NOMBRES

Carlos Alfredo Osorio
FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 16-SEP-1994
NATAGA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

18-SEP-2012 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1905000-00415241-M-1004473458-20121206 0031845337A 1 28310973

ElectroHuila

Transmitimos Buena Energía
Electrificadora del Huila S.A. ESP
Nit. 891.180.001 - 1

Sr(a) : JORGE GUALI
c.c. / Nit: 1625154
CRA 8 # 4-42
Municipio: 483 NATAGA HUILA Ruta: 44830021520
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 2-NATAGA LIBRE 2

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
296369283
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
84846485
Fecha De Emisión
16/01/2025

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
1/ 2025	14/12/24-14/01/25	$36,450	$36,450	0 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 2-Bajo
Carga Instalada: 159 W
Zona: OCCIDENTE
Nodo: T10006-PCNP

Cálculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
2-4581117	TEC	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	7573	7505	1	68

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	66,812
607	Ajuste Decena	4
814	Compensación Calidad Indi	<3,475>
995	Subsidio	<31,794>

Últimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2024	12	61	2024	6	74
2024	11	62	2024	5	72
2024	10	65	2024	4	92
2024	9	52	2024	3	78
2024	8	60	2024	2	76
2024	7	56	2024	1	70

Promedio Cuenta: 61
Consumo Año Anterior: 70

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
2	1	130	68.0	514.977	$35.018

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Total cuota Financiación 0

Tasa de Interés 0.00 %

Costo Unitario de Prestación de Servicio

Generación	419.14
Transmisión	55.37
Distribución	263.15
Restricciones	3.47
Pérdidas	96.01
Comercialización	145.39
Costo Unitario	982.52
Tarifa Aplicada	982.5245

Indicadores De Calidad Individual

Indicadores De Calidad Individual Retroactivo

Nodo 6560067 Grupo Calida 21
Horas a compensar
Compensacion por evento
Meta Calidad opr Duración 62.37
Meta calidad por eventos 21
Eventos acmulados año 51
Duracion acumulador año 73.67
Consumo a compensar 43.0
Cargo distribución 266.2

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 038 de 2019

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total Electrohuila	$31,547
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$4,903
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$36,450

CUFE 4f2fad833f10052182103d5262eb913aed1d941756b584536006c1652d1554cebd26754cdb041d9ae76305d83284c581

FOES

Kwh$/Kwh Total N. Fac

Último Pago

$35,860
22/12/2024
Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB
Pag: 3027

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento: 27/01/2025
Suspensión a Partir del:

Línea de transparencia

Reporta en la línea de transparencia todos los presuntos actos de soborno, corrupción o comportamientos indebidos de nuestros trabajadores y/o contratistas.
Línea gratuita **018000 117766**
Correo **electrohuila@lineatransparencia.com**
Accede directamente escanenado el Código QR.

(415)7707274499679(8020)0296369283(3900)0000036450(96)20250127

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO EN VIRTUD DEL ARTICULO 130 DE LA LEY 142 DE 1994 MODIFICADA ART. 18 LEY 689 DE 2001

AUTORIZADO POR LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN MEDIANTE RESOLUCIÓN No. 847000249005 DEL 14 DE JULIO DE 2016
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORRETENEDORES ICA (PRESUNTA) DEL MUNICIPIO DE NEIVA ARTICULO 657 DEL ACUERDO 028 DE 2018
VIGILADA POR SUPERSERVICIOS


PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES
PROTEGEMOS TUS PASOS
Línea de Atención:
#899 desde celular
Bogotá: 327 4712 / 327 4713
Nacional: 01 8000 111 935
seguros mundial®
Nº Póliza: 2000514557
Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS
Nombre de Asegurado: ALAN SANTIAGO OSORIO MEDINA
ID Asegurado: 1084579910
Vigencia Desde: 2025/02/24
Vigencia Hasta: 2026/02/24
Muerte Accidental $5.000.000,00
Gastos Médicos $4.000.000,00
COBERTURAS:
Muerte Accidental
Gastos Médicos
En caso de accidente o para consultar términos y condiciones, comunicarse a nuestras líneas de atención
seguros mundial®
#899 desde celular
BOGOTÁ 3274712 /3274713
NACIONAL 01 8000 111 935

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad Natagá (H)

Nombre completo de la niña o niño Alan Santiago Osorio Medina

Fecha de nacimiento 07 06 2021 **N° Documento de Identidad** 1.084.579.910

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Daniela Andreyi Nosice Ramirez

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

Alan se encuentra en el perfil esperado, es un niño alegre que se relaciona con sus compañeros y comparte con ellos, aunque en ocasiones le falta ser mas respetuoso con su entorno social

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Daniela Andreyi Nosice Ramirez

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

Alan es un niño alegre, le gusta jugar, bailar, compartir con sus compañeros, y es autonomo, y comple con los items del desarrollo para su edad

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Daniela Andreyi Nosice Ramirez

Fecha de resgistro cualitativo 20 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 ●

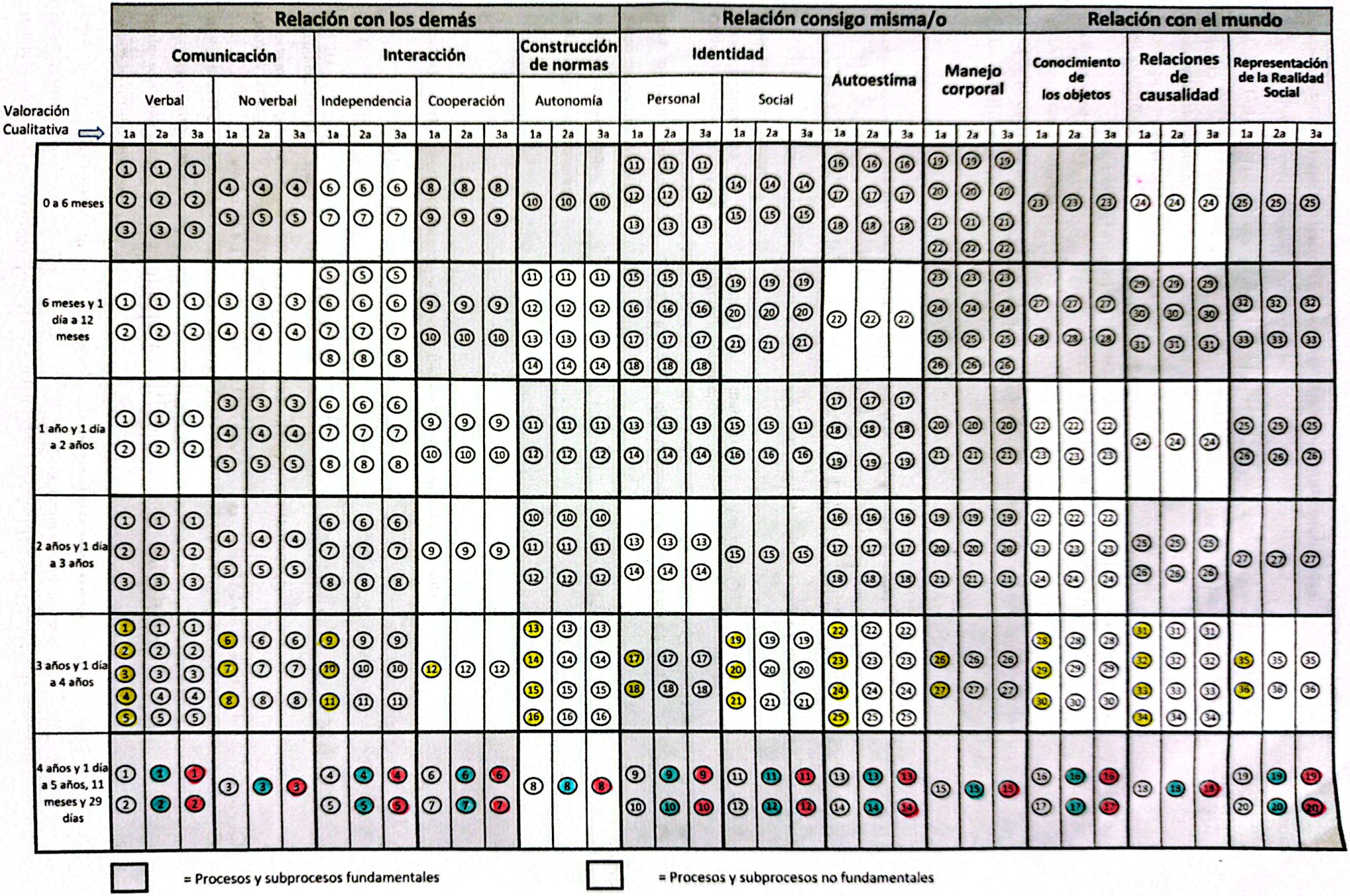
Color de registro valoración cualitativa 

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Alan se destaca por ser un niño alegre, compañerista, participativo, cumpliendo con los items de acuerdo 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
Cooperación
Autonomía
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