

|                                                                                                                                   |                                                       |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>CORPORACIÓN</b><br><br><b>NIT 900192801-0</b> | <b>HOJA DE CONTROL</b><br><b>CARPETA BENEFICIARIO</b> | <b>VERSION: 002-2025</b> |
| NOMBRE                                                                                                                            | Aurora Reyes Andapiña                                 |                          |
| DOCUMENTO DE IDENTIDAD                                                                                                            | 1.194.984.493.                                        |                          |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO                                                                                                         |                                                       |                          |

| DOCUMENTOS                                                                                                                              | SI  | FOLIOS |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|
| <b>DOCUMENTOS PERSONALES</b>                                                                                                            |     |        |
| 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                                                                     | 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)                                                                                                 | ✓   |        |
| <b>SALUD Y NUTRICION</b>                                                                                                                |     |        |
| Asesoría nutricional                                                                                                                    |     |        |
| Seguimiento nutricional (Remisiones a entidades de salud e internas al área de salud y nutrición)                                       |     |        |
| <b>APOYO PSICOSOCIAL</b>                                                                                                                |     |        |
| Procesos de Seguimientos Psicológicos (Seguimientos, Casos Especiales, ficha de discapacidad) (remisiones internas al área psicosocial) |     |        |
| Planes de intervención                                                                                                                  |     |        |
| <b>PROCESO PEDAGOGICO</b>                                                                                                               |     |        |
| Seguimiento al desarrollo                                                                                                               |     |        |
| Remisiones y Apoyos Pedagógicos                                                                                                         |     |        |
| Sensibilización al tránsito a educación formal                                                                                          |     |        |
| <b>ACTA DE RETIRO</b>                                                                                                                   |     |        |

NIT 900192801-0  
FICHA DE MATRICULA

2



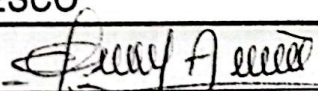
UNIDAD DE SERVICIO: CDI VILLAMERCEDES SUEÑOS INFANTILES

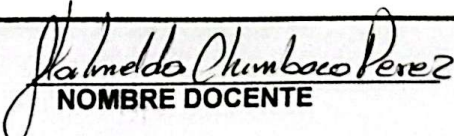
MUNICIPIO: NATAGA

NIVEL:

| FECHA DE INGRESO: |    |      | NIVEL A QUE INGRESA |
|-------------------|----|------|---------------------|
| 26                | 02 | 2025 | Pre-jardín          |

|                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| NOMBRE COMPLETO USUARIO           | AURORA REYES ANDAPIÑA               |
| NUMERO DE DOCUMENTO               | 1.194.984.493                       |
| CIUDAD Y FECHA DE NACIMIENTO      | BARRANQUILLA ATLANTICO - 21/10/2021 |
| EDAD                              | 3 AÑOS 4 MESES                      |
| DIRECCION DE RESIDENCIA           | VRD EL SOCORRO-FINCA LA MARCELLA    |
| SEGUNDA DIRECCION                 | VEREDA EL SOCORRO                   |
| TELEFONOS                         | 3218990703--3014131640              |
| ESTRATO HOGAR                     | 1 BAJO-BAJO                         |
| PUNTAJE SISBEN - No FICHA         | C3-41483321503200001570             |
| CRITERIO DE FOCALIZACION          | SISBEN                              |
| AFILIACION A SALUD                | SANITAS- CONTRIBUTIVO               |
| NOMBRE DEL PADRE ( niñ@s)         | ANDRES FELIPE REYES MELENDREZ       |
| OCUPACION                         | COORDINADOR DE VENTAS               |
| NUMERO DE CONTACTO                | 3014131640                          |
| NOMBRE DE LA MADRE ( niñ@s)       | DEISY PAOLA ANDAPIÑA ACOSTA         |
| OCUPACION                         | ADMINISTRADORA DE FINCA             |
| NUMERO DE CONTACTO                | 3218990703                          |
| NOMBRE ACUDIENTE                  | DEISY PAOLA ANDAPIÑA ACOSTA         |
| OCUPACION                         | ADMINISTRADORA DE FINCA             |
| NUMERO DE CONTACTO                | 3218990703                          |
| EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:   | DEISY PAOLA ANDAPIÑA ACOSTA         |
| PARENTESCO                        | MADRE                               |
| TELEFONO                          | 3218990703                          |
| AUTORIZACION PARA RECOGER (niñ@s) | PABLO OMAR PEDREROS OTECA           |
| CEDULA                            | 1.004.473.079                       |
| PARENTESCO                        | PRIMO                               |

  
FIRMA ACUDIENTE/ PADRE DE FAMILIA

  
NOMBRE DOCENTE

  
FIRMA COORDINADOR(A)

# CORPORACIÓN

Huellas de Amor  
Para tu Vida

NIT 900192801-0

## ACTA DE COMPROMISO

Fecha 26-02-2025

Yo, Deisy Andapina Acosta Identificado (a) con Cedula de  
Ciudadanía N° 1045721650 Expedida en B/quilla Padre, Madre y/o acudiente de  
Aurora Reyes Andapina Residente en el Municipio de NÁTAGA en  
la Dirección Vereda El Socorro Teléfono 3218990703 Representante legal del  
niño(a) me comprometo a:

1. Entregar la documentación requerida por la modalidad, cumpliendo 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, controles de 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 de afiliación de 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 ACTUALIZACIÓN** 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 Médica, Formula Médica y Excusa).
7. Recibir visita domiciliaria y atender las sugerencias dadas por las docentes para el desarrollo integral de 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 evitaremos 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, la niña 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:

Deisy Andapina Acosta

1045.721.650

Yo Flor Imelda Chimbaco Perez 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

Flor Imelda Chimbaco Perez

|                                                                                                         |                                                                                                 |           |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------|
| <br>BIENESTAR FAMILIAR | <b>PROCESO<br/>COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA</b><br><br><b>FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN</b> | F2.P2.CE  | 15/07/2021    |
|                                                                                                         |                                                                                                 | 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 Aurora Reyes Andapina, identificado (a) con documento de identidad número 1199 974 995, 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 | <input checked="" type="checkbox"/> | Audios | <input checked="" type="checkbox"/> | Videos | <input checked="" type="checkbox"/> | Otros datos personales | <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------|-------|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, Deisy Andapina Acosta, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1045721650, 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 | <input checked="" type="checkbox"/> | Audios | <input checked="" type="checkbox"/> | Videos | <input checked="" type="checkbox"/> | Otros datos personales | <input checked="" type="checkbox"/> |
|--------------|-------|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|

**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](http://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](mailto: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 Cor Huellas, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Los Villamercados Buenos Infantes

**Suscriben:**

Firma: [Firma]  
 Nombre: Deisy Andapina Acosta  
 Calidad - Titular: Representante legal: ☒  
 Teléfono de contacto: 3218990703  
 Fecha: 26-02-2025  
 Municipio: Nataga-Hulla

**¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!**

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.  
 LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

# CORPORACIÓN



Huellas de Amor  
Para Tu Vida

NIT

900192801-0

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

FECHA: 26-02-2025

MUNICIPIO: Nataga - Huila

UNIDAD DE SERVICIO: CDI VILLA MERCEDES SUEÑOS INFANTILES

YO, Deisy Andapña Acosta con CC 1.045.721.650  
Padre, acudiente o representante legal del niño /niña Aurora Reyes Andapña

Con registro civil No 1.194.984.493 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 mi 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.

☒ DOY (DAMOS) EL CONSENTIMIENTO

☐ NO DOY (DAMOS) EL CONSENTIMIENTO

FIRMA ACUDIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

CEDULA: 1.045.721.650

# 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 Villamercedes Sueños Infantiles.

#### ACUERDO

Yo, Deisy Andapiña Acosta, identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. 1.045.721.650 expedida en Barranquilla, autorizo al encargado legalmente del Centro del Desarrollo Infantil CDI Villamercedes Sueños Infantiles 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) Aurora Reyes Andapiña del nivel DOS 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: Deisy Andapiña Acosta

FIRMA: [Firma manuscrita]

C.C. 1.045.721.650

# CORPORACIÓN



Huellas de Amor  
Para Tu Vida

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

NIT

800192601-0

## ACTA DE GRATUIDAD DEL SERVICIO

DIRIGIDO A:

**PADRES DE FAMILIAS Y/O CUIDADORES DE NIÑOS Y NIÑAS**

FECHA: 26-02-2025

NOMBRE UDS: cor Villomercedes 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:

**FIRMA**

**NOMBRE PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE:** Daisy Andapiña Acosta

**N° DOCUMENTO IDENTIDAD:** 1.045721.650

|                                                                                   |                                                                                                                                 |             |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|
|  | <b>PROCESO</b><br><b>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</b><br><b>FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN</b><br><b>PADRES.</b> | F17.MO12.PP | 11/05/2018    |
|                                                                                   |                                                                                                                                 | Versión 2   | Página 1 de 1 |

### FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Deisy Andapiña Acosta, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.045.721.650 de Barranquilla, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Aurora Reyes Andapiña, identificados con NUIP No. 1.194.984.493, usuario de la unidad de servicio CDI Villas Mercedes Sueños Infantiles, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

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

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

Nombre: Deisy Andapiña Acosta

Firma: [Firma manuscrita]

CC. No. 1.045.721.650

#### Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Flor Imelda Chimbaco Pérez

Firma: [Firma manuscrita]

CC. No. 26.973.961

**Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!**

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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

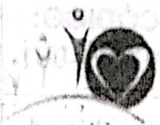
### PACTO DE CONVIVENCIA

Yo Deisy Andapina Alosta, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1.045.721.650 expedida en 13/ quilla 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 15 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.

- Cumplir con la documentación como lo son los documentos de identidad tipo Registro civil paralos niños y niñas. Controles de vacunas y crecimiento actualizados, certificado de afiliación a salud, certificado de Sisbén o según criterio de focalización, números de teléfonos y direcciones dedomicilios actualizados.
- Participar de las actividades propuestas para cada semana.
- Contribuir con la construcción de un clima de respeto, tolerancia y responsabilidad hacia el talento humano.
- 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.
- Asistir en las fechas estipuladas por la EAS, a la toma de datos antropométricos, por parte del padre, madre o acudiente principal.
- Realizar las actividades programadas que se implementen a partir del proyecto pedagógico.
- Permitir que ingresen a la vivienda y atender la visita del equipo interdisciplinario según la necesidad.
- Cumplir con el horario de entrada y salida del centro de desarrollo infantil.
- Traer al niño o niña aseado y con los elementos de bioseguridad correspondientes.
- No realizar comentarios que dañen la imagen del programa, cualquier inquietud acercarse y preguntar directamente con el Talento Humano de la UDS.
- Informar por escrito (excusa justificada) la no asistencia a la UDS.
- Informar a la docente cuando el niño o niña se encuentren enfermo.
- Cuando el niño o la niña presente fiebre, diarrea, gripe o este delicado de salud abstenerse de traerlo al centro de desarrollo infantil
- 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.
- Para solicitar documentación de los niños, se le entrega única y exclusivamente al cuidador responsable al ingreso del programa.

**COMO QUIERO A MI HIJO(A) CUMPO CON MIS DEBERES Y OBLIGACIONES DE PADRE O MADRE RESPONSABLE**

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

- 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 Pública 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 Natagah (A) a los 25 días del mes de Marzo del 2023

FIRMA: [Firma]

C.C N°: 1.045.721.650 DE Biquilla

DOCENTE: Daniela A. Valle R

AUXILIAR: Yeni Alexandra Torres Arista

COORDINADOR (A): Claudia Maricela Vargas

**COMO QUIERO A MI HIJO(A) CUMPO CON MIS DEBERES Y OBLIGACIONES DE PADRE O MADRE RESPONSABLE**



REGISTRADURÍA  
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo  
Serial

61948250

NUIP 1194984493

## Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

|                                                                           |                                             |                             |                                    |                                        |                                                |        |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|--------|---|---|---|
| Registraduría <input type="checkbox"/>                                    | Notaría <input checked="" type="checkbox"/> | Número <input type="text"/> | Consulado <input type="checkbox"/> | Corregimiento <input type="checkbox"/> | Inspección de Policía <input type="checkbox"/> | Código | E | J | F |
| País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección de Policía |                                             |                             |                                    |                                        |                                                |        |   |   |   |
| COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA NOTARIA 12 BARRANQUILLA               |                                             |                             |                                    |                                        |                                                |        |   |   |   |

## Datos del inscrito

|                                                                                      |   |   |   |                  |   |                 |   |           |   |   |          |   |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|------------------|---|-----------------|---|-----------|---|---|----------|---|----------|
| Primer Apellido                                                                      |   |   |   | Segundo Apellido |   |                 |   |           |   |   |          |   |          |
| REYES                                                                                |   |   |   | ANDAPIÑA         |   |                 |   |           |   |   |          |   |          |
| Nombre(s)                                                                            |   |   |   |                  |   |                 |   |           |   |   |          |   |          |
| AURORA                                                                               |   |   |   |                  |   |                 |   |           |   |   |          |   |          |
| Fecha de nacimiento                                                                  |   |   |   | Sexo (en letras) |   | Grupo sanguíneo |   | Factor RH |   |   |          |   |          |
| Año                                                                                  | 2 | 0 | 2 | Mes              | O | C               | T | Día       | 2 | 1 | FEMENINO | O | POSITIVO |
| Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección) |   |   |   |                  |   |                 |   |           |   |   |          |   |          |
| COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA                                                  |   |   |   |                  |   |                 |   |           |   |   |          |   |          |

|                                                         |                                   |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO                     | 169302386                         |

## 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                |              |
| ANDAPIÑA ACOSTA DEISY PAOLA                  |              |
| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
| CC No. 1045721650                            | 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                |              |
| REYES MELENDREZ ANDRES FELIPE                |              |
| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
| CC No. 1051825108                            | COLOMBIA     |

## Datos del declarante

|                                              |                |
|----------------------------------------------|----------------|
| Apellidos y nombres completos                |                |
| REYES MELENDREZ ANDRES FELIPE                |                |
| Documento de identificación (Clase y número) | Firma          |
| CC No. 1051825108                            | <i>[Firma]</i> |

## Datos primer testigo

|                                              |                |
|----------------------------------------------|----------------|
| Apellidos y nombres completos                |                |
| REYES MELENDREZ ANDRES FELIPE                |                |
| Documento de identificación (Clase y número) | Firma          |
| CC No. 1051825108                            | <i>[Firma]</i> |

## Datos segundo testigo

|                                              |                |
|----------------------------------------------|----------------|
| Apellidos y nombres completos                |                |
| REYES MELENDREZ ANDRES FELIPE                |                |
| Documento de identificación (Clase y número) | Firma          |
| CC No. 1051825108                            | <i>[Firma]</i> |

## Fecha de inscripción

|     |   |   |   |     |   |   |   |     |   |   |
|-----|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|
| Año | 2 | 0 | 2 | Mes | O | C | T | Día | 2 | 6 |
|-----|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|

|                        |                                                                |
|------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario que autoriza                    |
| <i>[Firma]</i>         | WILMER RAFAEL FONTALVO                                         |
| Firma                  | Nombre y firma del funcionario que autoriza el caso nacimiento |
| <i>[Firma]</i>         | WILMER RAFAEL FONTALVO                                         |

## ESPACIO PARA NOTAS

OTRO: LIBRO DE VARIOS 132; 26/10/2021

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Registro válido

Fecha de consulta:

16/11/2025

Ficha:

41483321503200001570

C3

Vulnerable

## DATOS PERSONALES

Nombres: AURORA

Apellidos: REYES ANDAPIÑA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1194984493

Municipio: Nátaga

Departamento: Huila

## INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

11/07/2023

Última actualización ciudadano:

11/07/2023

Última actualización vía registros administrativos:

25/11/2023

\*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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX



## 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 | 1194984493     |
| NOMBRES                  | AURORA         |
| APELLIDOS                | REYES ANDAPIÑA |
| 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. | CONTRIBUTIVO | 01/07/2023                   | 31/12/2999                          | BENEFICIARIO     |

|                            |                        |                            |                |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|----------------|
| <b>Fecha de Impresión:</b> | 11/16/2025<br>13:24:50 | <b>Estación de origen:</b> | 192.168.70.220 |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|----------------|

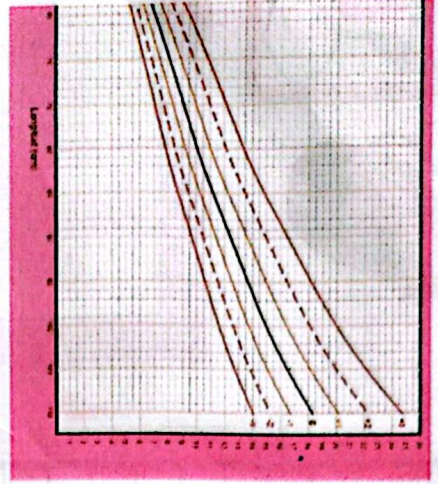
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

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

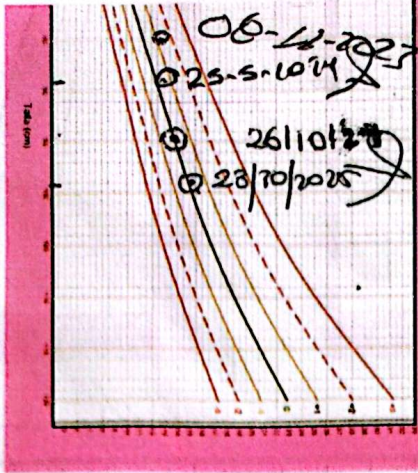




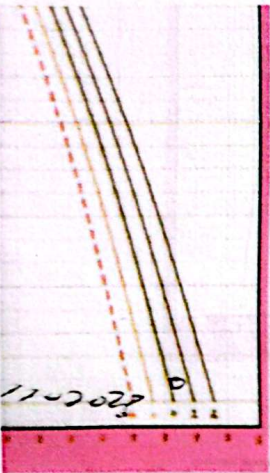
**Talla Niñas**  
Z (0 a 2 años)



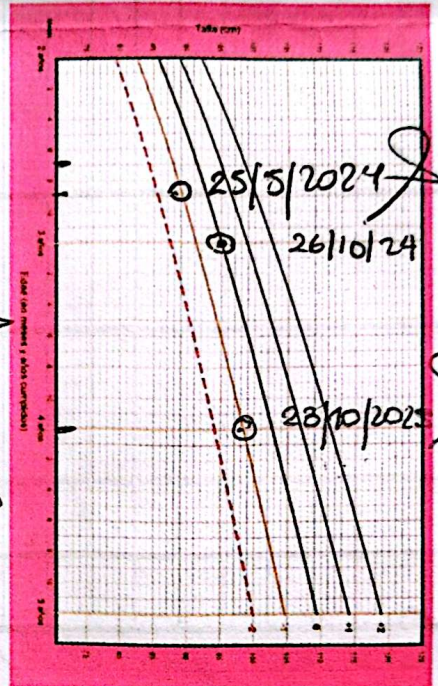
**Talla Niñas**  
Z (2 a 5 años)



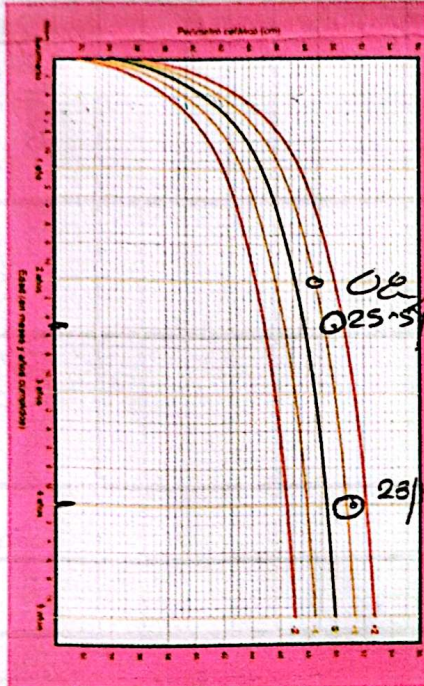
**Talla Niñas**  
Z (0 a 2 años)



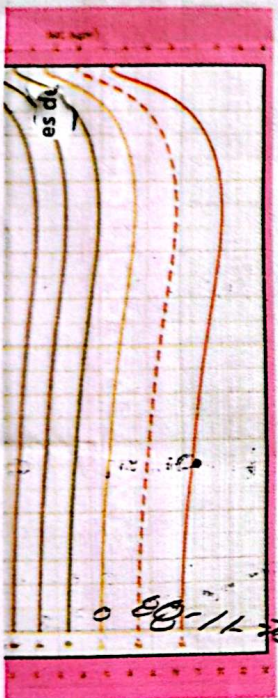
**Talla para la Edad Niñas**  
Puntuación Z (2 a 5 años)



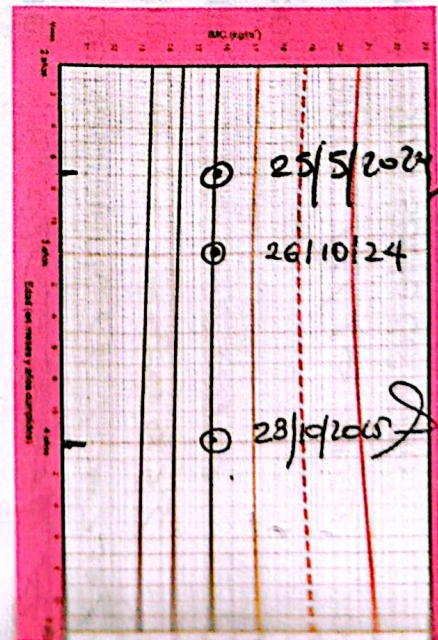
**Perímetro Cefálico Niñas**  
Puntuación Z (0 a 5 años)



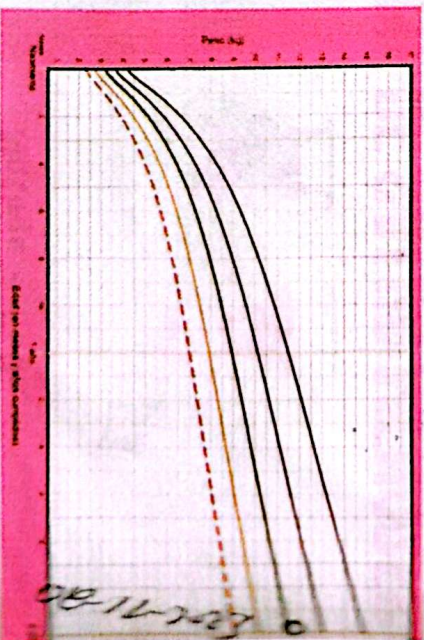
**IMC para la Edad Niñas**  
Puntuación Z (0 a 2 años)



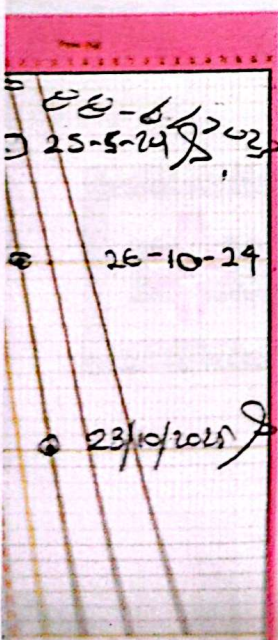
**IMC para la Edad Niñas**  
Puntuación Z (2 a 5 años)



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



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



Nombres y Apellidos:

Tipo identificación:

No. ID:

| Edad                                  | Me protege de                                                                    | Dosis         | Fecha de aplicación<br>Día Mes Año | Laboratorio | Número de lote | IPS vacunadora | Fecha próxima cita<br>Día Mes Año | Nombres del vac  |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------|-------------|----------------|----------------|-----------------------------------|------------------|
| Recién nacido                         | Tuberculosis meningea (BCG)                                                      | Única         | 21 10 2011                         | SERUM       | 0370MA022      | Cineca         |                                   | Cham             |
|                                       | Hepatitis B                                                                      | Recién nacido | 21 10 2011                         | SERUM       | 05204013E      | med            |                                   | Cham             |
| 2 meses                               | Poliomielitis (VIP)                                                              | 1.ª           | 22 12 21                           | Biological  | 2105001A       |                |                                   |                  |
|                                       | Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 1.ª           | 22 12 21                           | Serum       | 2850X035A      |                |                                   |                  |
|                                       | Hepatitis B                                                                      | 1.ª           | 22 12 21                           | Serum       | 2850X035A      |                |                                   |                  |
|                                       | Difteria, tosferina y tétano (DPT)                                               | 1.ª           | 22 12 21                           | Serum       | 2850X035A      |                |                                   |                  |
|                                       | Diarrhea por rotavirus                                                           | 1.ª           | 22 12 21                           | Orion       | A20LC852A      |                |                                   |                  |
|                                       | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo                 | 1.ª           | 22 12 21                           | Orion       | A3PUB31B       |                | 22 02 22                          | Dussan           |
| 4 meses                               | Poliomielitis (VIP)                                                              | 2.ª           | 22 2 22                            | Biological  | 2105001A       |                |                                   |                  |
|                                       | Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 2.ª           | 22 2 22                            | Serum       | 2850X035A      |                |                                   |                  |
|                                       | Hepatitis B                                                                      | 2.ª           | 22 2 22                            | Serum       | 2850X035A      |                |                                   |                  |
|                                       | Difteria, tosferina y tétano (DPT)                                               | 2.ª           | 22 2 22                            | Serum       | 2850X035A      |                |                                   |                  |
|                                       | Diarrhea por rotavirus                                                           | 2.ª           | 22 2 22                            | G.S.K.      | A20LC852A      |                |                                   |                  |
|                                       | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo                 | 2.ª           | 22 2 22                            | G.S.K.      | A3PUB31B       |                |                                   |                  |
| 6 meses                               | Poliomielitis (VIP)                                                              | 3.ª           | 22 04 22                           | Biological  | 2105006        |                |                                   |                  |
|                                       | Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 3.ª           | 22 04 22                           | Serum       | 2850X038A      |                | 22 Abril 22                       | En la maternidad |
|                                       | Hepatitis B                                                                      | 3.ª           | 22 04 22                           | Serum       | 2850X038A      |                |                                   |                  |
|                                       | Difteria, tosferina y tétano (DPT)                                               | 3.ª           | 22 04 22                           | Serum       | 2850X038A      |                |                                   |                  |
|                                       | Influenza estacional                                                             | 1.ª           | 25 04 22                           | GSK         | AFL643B        | Colmedica      | 25 11 22                          | Lima             |
| 7 meses                               | Influenza estacional                                                             | 2.ª           | 25 05 22                           | GSK         | AFL643B        | Colmedica      |                                   |                  |
| 12 meses                              | Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)                                           | 1.ª           | 25 10 22                           | Serum       | 0130N133B      | ESE Natag      | 25 11 22                          | Lima             |
|                                       | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo                 | Refuerzo      | 2 12 2022                          | Pfizer      | FR4897         | ESE Natag      |                                   |                  |
|                                       | Varicela                                                                         | 2.ª           | 25 10 22                           | Merck       | 4033556        | HSE            |                                   |                  |
|                                       | Hepatitis A                                                                      | Única         | 25 10 22                           | MSD         | W60313         | HSE            |                                   |                  |
|                                       | Influenza estacional                                                             | Anual         |                                    |             |                |                |                                   |                  |
| 18 meses                              | Poliomielitis (VIP)                                                              | 1.ª refuerzo  | 5 05 2023                          | Biological  | 2141014A       | ESE Natag      |                                   |                  |
|                                       | Difteria, tosferina y tétano (DPT)                                               | 1.ª refuerzo  | 5 05 2023                          | Serum       | 28517022B      |                |                                   |                  |
|                                       | Fiebre amarilla                                                                  | Única         | 5 05 2023                          | Sanofi      | V3E39          |                |                                   |                  |
| 5 años                                | Poliomielitis (VIP)                                                              | 2.ª refuerzo  |                                    |             |                |                |                                   |                  |
|                                       | Difteria, tosferina y tétano (DPT)                                               | 2.ª refuerzo  |                                    |             |                |                |                                   |                  |
|                                       | Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)                                           | Refuerzo      | 5 05 2023                          | Serum       | 0131N085A      |                |                                   |                  |
|                                       | Varicela                                                                         | Refuerzo      |                                    |             |                |                |                                   |                  |
| Niñas a partir de los 9 años          | Virus del papiloma humano (VPH)                                                  | 1.ª           | 25-5-24                            | MSD         | 032H23A        | A. Nater       |                                   | B. Nater         |
| Vacunas complementarias y otras dosis | Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)                                           | 1.ª           | 22 01 22                           | Serum       | 0121M053       | Colmedica      | 25 10 2022                        | Lima             |
|                                       | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo                 | 1.ª           | 25 07 22                           | Sanofi      | 07039AC        | Colmedica      |                                   |                  |
|                                       | Varicela                                                                         | 1.ª           | 25 04 22                           | Pfizer      | FR4897         | Colmedica      |                                   |                  |
|                                       | Hepatitis A                                                                      | 1.ª           | 25 04 22                           | MSD         | W60313         | Colmedica      |                                   |                  |
|                                       | Influenza estacional                                                             | 1.ª           | 23 05 2025                         | Green       | U12691         | Harvard        |                                   |                  |

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 alimen



CENTRO MEDICO COLMEDICA ALTO PRADO

Calle 76 No 55-52 Cenco Altos del Prado Piso 1

## REFERENCIA DE USUARIOS

FECHA 28/03/2025 07:17:11p.m.

PACIENTE RC 1194984493 REYES ANDAPIÑA AURORA

NRO ORDEN 828957

REMITIDO A Pediatría

## MOTIVO

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, REALIZO EXAMEN FISICO MEDICO SIN ENCONTRAR ALTERACIONES PATOLOGICAS APARENTES.

CON VISION 20/20 SIN USO DE LENTES CORRECTIVOS. ADECUADA AUDICION PARA SU EDAD.

CERTIFICO EXCELENTE ESTADO DE SALUD FISICO Y MENTAL, POR LO CUAL PUEDE REALIZAR CUALQUIER ACTIVIDAD SIN RESTRICCION.

BONETT BRIEVA SILVIO RICARDO

Agende, consulte y pague sus citas médicas u odontológicas a través del App Colmédica

Medicina General

CC 72216023

**HISTORIA CLINICA**

Fecha de Impresión 19/09/2025 05:08:55

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre: AURORA REYES ANDAPIÑA

Id: RC 1194984493

Género: F

Teléfono contacto: 321899070

Dirección contacto: CL 87 77C-95 TR2 AP304 CJ BALCONES DE SA

**EVOLUCIONES:**

1942850

Sep 12 2025 9:17AM

Nro. Evolucion: 1942850

**CERTIFICADO DE SALUD.****Diagnóstico Principal:**

Z000 - EXAMEN ODONTOLOGICO GENERAL

Tipo: Impresion Diagnostica

Causa: Promoción y mantenimiento de la salud - intervenciones individuales

Tiempo Evolución: 1 Meses

**Recomendaciones:**

Remitido a: Odonto Pediatría

Motivo: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, REALIZO EXAMEN ENCONTRANDO PROBLEMA CON LA MORDIDA. CON MORDIDA CRUZADA.

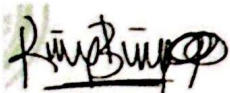
CERTIFICO BUEN ESTADO DE HIGIENE ORAL Y SE REMITE CON ESPECIALISTA PARA INCIAR TRATAMIENTO.

**Conducta a seguir:**

REMISION CON ODONTO PEDIATRIA.

**Recomendaciones:**

Recomendaciones Generales: Asegure su correcta identificación y confirme sus datos en las ordenes médicas, Informe a su médico sobre los medicamentos que toma en casa. Lea siempre la etiqueta y las advertencias de sus medicamentos, revise las fechas de vencimiento de los medicamentos, no se automedique, realice el tratamiento de acuerdo a la orden médica, siga las recomendaciones de su medico tratante. En caso de presentar una reacción adversa o efecto secundario con algún medicamento consulte al médico. Asista a los controles médico para detección tempranas de patologías de acuerdo al ciclo vital; Asista al tamizaje visual anualmente (oftalmología, optometría); asista a la consulta de odontología mínimo cada 6 meses. Pregúntele al médico sobre las vacunas para su edad según el esquema de vacunación. Aumente el consumo de frutas y verduras. Disminuya el consumo de grasas saturadas (mantequilla, grasa de la carne, crema de leche) y azúcar. Manténgase hidratado. Realice ejercicios de acuerdo a su edad y prescripción médica, manténgase activo, disminuya el estrés, mantenga una alimentación balanceada. Recuerde asistir a sus controles con los resultados de los paraclínicos solicitados. Signos de Alarma: Consulte inmediatamente si presenta algunos de los siguientes signos o síntomas: Deshidratación (intolerancia a la vía oral, orina muy poco, debilidad, alteración de consciencia, somnolencia, fiebre), problemas respiratorios (asfixia, respiración rápida, dificultad para respirar, hundimiento de las costillas al respirar, cianosis, aliento nasal, dificultad para la ingesta de líquidos, alteración de la consciencia, fiebre), diarrea (mayor a 7 días, diarrea con sangre, intolerancia a la vía oral, signos de deshidratación, persistencia de fiebre), palidez, sangrados, convulsiones, traumas, hematomas o cambios en la coloración de la piel.

**DATOS DEL MEDICO**


SILVIO RICARDO BONETT BRIEVA

CC 72216023

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.045.721.650**

**ANDAPIÑA ACOSTA**

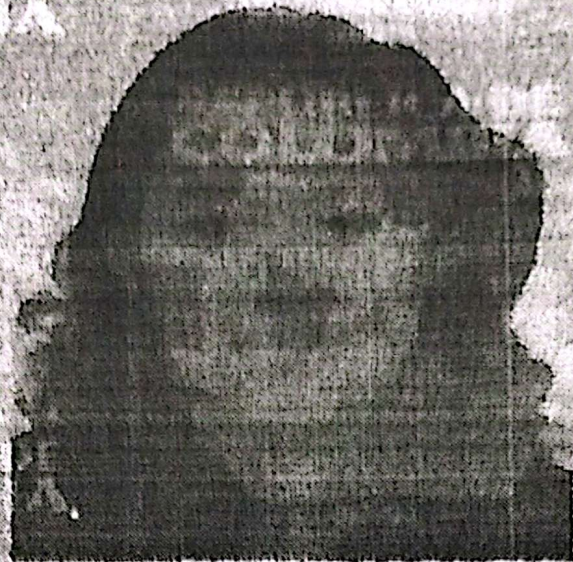
APELLIDOS

**DEISY PAOLA**

NOMBRES

*Deisy Acosta*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-MAR-1994**  
**EL COPEY**  
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.55**

**A+**

**F**

ESTATURA

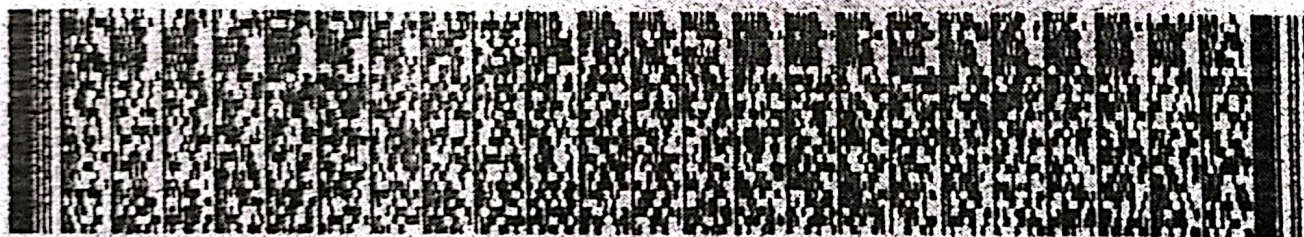
G.S. RH

SEXO

**04-JUN-2012 BARRANQUILLA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-0300100-00403578-F-1045721650-20121005

0031312322A 1

38336388

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.051.825.108

REYES MELENDEZ

APELLIDOS

ANDRES FELIPE

NOMBRES

Andrés Reyes



FECHA DE NACIMIENTO 19-FEB-1994

SAN JUAN NEPOMUCENO  
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75

ESTATURA

A+

G. S. RH

M

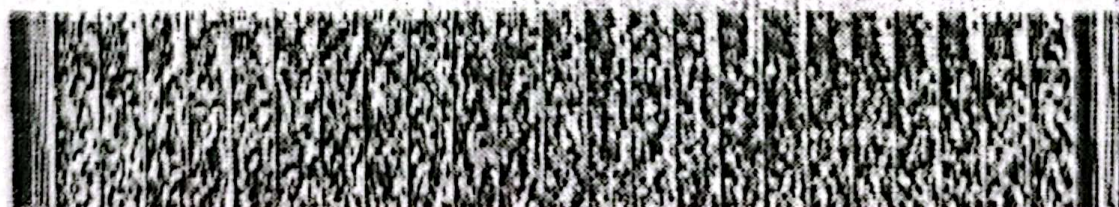
SEXO

03-ABR-2012 SAN JUAN NEPOMUCENO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
CAROL AGUIRRE BARRERA TORRES



P-9507906-09000784-M-1051825108 20120731

0030890494A 1

37970146



Sr(a): **HIPOLITO ANDAPIÑA**  
 C.C. / Nit: **12125676**  
 Dirección: **VDA EL SOCORRO FCA LA MARCELLA**  
 Dirección Postal:  
 Municipio: **NATAGA - HUILA** Ruta: **6110521020**  
 Ciclo: **93** Sector: **52-VDA EL SOCORRO NATAGA**

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU

**293706899**PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO  
ELECTRÓNICO

Factura De Venta N°

**84971046**

Fecha De Emisión

**06/02/2025**

| Periodo       | Periodo Facturado        | Pago total      | Pago Mínimo     | Periodos Vencidos |
|---------------|--------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|
| <b>1-2025</b> | <b>09/12/24-05/02/25</b> | <b>\$57,360</b> | <b>\$57,360</b> | <b>0 meses</b>    |

## DATOS DE LA CUENTA

|                    |                         |                   |              |
|--------------------|-------------------------|-------------------|--------------|
| Clase de Servicio: | Residencial             | Nivel de Tensión: | 1-Secundaria |
| Estrato:           | 1-Bajo Baje             | Carga Instalada:  | 3000 W       |
| Zona:              | OCCIDENTE               | Nodo:             | T09513-PCNP  |
| Obs. Lectura:      | Toma exitosa de Lectura | Tipo Liquidación: | Lectura      |

|                  |          |
|------------------|----------|
| Generación       | 419.14   |
| Transmisión      | 55.37    |
| Distribución     | 263.15   |
| Restricciones    | 3.47     |
| Pérdidas         | 95.01    |
| Comercialización | 145.39   |
| Costo Unitario   | 982.52   |
| Total Aplicada   | 982.5245 |

## Cálculo del Consumo

| Contador   | Marca | TM | Observación               | Lectura Actual | Lectura Anterior | FM | Consumo |
|------------|-------|----|---------------------------|----------------|------------------|----|---------|
| 1-19280590 | ISK   | 5  | 0-Toma exitosa de Lectura | 11124          | 10989            | 1  | 135     |

## Indicadores de Calidad Individual

Nodo:  
 Grupo Calidad:  
 Horas a compensar:  
 Compensación por evento:  
 Meta Calidad por Duración:  
 Meta Calidad por eventos:  
 Eventos acumulados año:  
 Duración acumulados año:  
 Consumo a compensar:  
 Cargo distribución:

## Indicadores de Calidad Individual Remanente

| Concepto | Descripción     | Valor     |
|----------|-----------------|-----------|
| 21       | Consumo Periodo | \$134,470 |
| 608      | Ajuste Decena   | \$-4      |
| 995      | Subsidio        | \$-78,777 |

## Últimos Consumos

| Año  | Mes | Consumo |
|------|-----|---------|
| 2024 | 11  | 126     |

## Promedio Cuenta

131

## Consumo Año Anterior

140

## Liquidación del Consumo

| Medi | Desde | Hasta | Consumo | Valor      | Valor    |
|------|-------|-------|---------|------------|----------|
| 1    | 1     | 130   | 67.5    | \$413.0987 | \$27,884 |
| 1    | 1     | 130   | 67.5    | \$411.9816 | \$27,809 |

## Financiación Electrohuila

| Descripción | Cuo Pend | Cuo Mes | Saldo Total |
|-------------|----------|---------|-------------|
|-------------|----------|---------|-------------|

## Resumen Cuenta

Saldo financiado

\$0

Total Electrohuila

\$55,689

Total Servicio de Aseo

\$0

Total Alumbrado Público

\$1,671

Total Otros Cobros

\$0

Total a Pagar

\$57,360

CUFE: 358d930d8f88ab50fed628316cle5c69e397a5b0dc39ac84d09665ec7164525a019fa833a26035a302aacc2b1d849b6

## FOES

Kwh:  
 \$/Kwh:  
 Total: \$0  
 N. Factura:

## Último Pago

\$53,540

17/12/2024

REPRESENTANTE LEGAL  
DECRETO 2150 DE 1995

## Fecha de vencimiento

27/02/2025

## Suspension a Partir de:

## 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 escaneando el Código QR.



(415)7707274499679(8020)0293706899(3900)0000037360(96)20250227

A PRESENTE FACTURA PRESTA MENITO EJECUCION EN VIRTUD DEL ARTICULO 130 DE LA LEY 140 DE 1994 MODIFICADA POR LA LEY 660 DE 2001



Accidentes personales

**Protegemos  
tus pasos**



#### Línea de atención

Línea nacional:  
**01 8000 112 684**  
en caso de accidente.

Página web:

[www.segurosmondial.com.co](http://www.segurosmondial.com.co)

Conoce nuestra red médica



N° Póliza:

2000514557

Tomador:

CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CÓRHUELLAS

Nombre de Asegurado:

AURORA REYES ANDAPIÑA

ID Asegurado:

1194984493

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 comuníquese a nuestra línea **018000112684**.  
Para más información acerca de la póliza comuníquese a nuestras líneas:

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

[www.segurosmondial.com.co](http://www.segurosmondial.com.co)

Ciudad Voltaga (H)  
Nombre completo de la niña o niño Aurora Reyes Andapina  
Fecha de nacimiento 21 10 2025 N° Documento de Identidad 1194984493  
Sexo Masculino ☐ Femenino ☒ Fecha de 1er día de atención en el año 26 02 2025

**Primer Registro Cualitativo**Nombre del observador Daniela Andrey Nosue RamirezFecha 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**

Aurora es una niña alegre, participativa y es autónoma, aunque le falta fortalecer su expresión verbal, pero cumple con los ítems de las dimensiones de su edad.

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

**Segundo Registro Cualitativo**Nombre del observador Daniela Andrey Nosue RamirezFecha 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**

Aurora es alegre, le gusta compartir con sus compañeros, participa de las actividades a desarrollar, conoce letras, colores. es autónoma de acuerdo a su etapa de desarrollo.

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

**Tercer Registro Cualitativo**Nombre del observador Daniela Andrey Nosue RamirezFecha de registro 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**

Aurora, se destaca por ser una niña alegre, juguetona, compañerista, participativa, cumpliendo con los ítems de acuerdo a su edad.

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

| Valoración<br>Cualitativa →                 | Relación con los demás |    |    |           |    |    |               |    |    |             |    |    | Relación consigo mismo/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 |    |    | 1a         |    |    | 2a                    |    |    | 3a                          |    |    | 1a                       |    |    | 2a                                   |    |  | 3a |  |  |
|                                             | 1a                     | 2a | 3a | 1a        | 2a | 3a | 1a            | 2a | 3a | 1a          | 2a | 3a | 1a                       | 2a | 3a | 1a        | 2a | 3a | 1a     | 2a | 3a | 1a         | 2a | 3a | 1a                    | 2a | 3a | 1a                          | 2a | 3a | 1a                       | 2a | 3a |                                      |    |  |    |  |  |
|                                             | 1                      | 2  | 3  | 1         | 2  | 3  | 1             | 2  | 3  | 1           | 2  | 3  | 1                        | 2  | 3  | 1         | 2  | 3  | 1      | 2  | 3  | 1          | 2  | 3  | 1                     | 2  | 3  | 1                           | 2  | 3  | 1                        | 2  | 3  |                                      |    |  |    |  |  |
| 0 a 6 meses                                 | 1                      | 1  | 4  | 4         | 5  | 5  | 6             | 6  | 8  | 8           | 10 | 10 | 10                       | 10 | 11 | 11        | 11 | 14 | 14     | 15 | 15 | 16         | 16 | 16 | 19                    | 19 | 20 | 20                          | 21 | 21 | 21                       | 23 | 23 | 25                                   |    |  |    |  |  |
| 6 meses y 1 día a 12 meses                  | 1                      | 1  | 3  | 3         | 4  | 4  | 5             | 5  | 9  | 9           | 11 | 11 | 11                       | 11 | 15 | 15        | 16 | 19 | 19     | 20 | 20 | 22         | 22 | 22 | 23                    | 23 | 24 | 24                          | 25 | 25 | 27                       | 27 | 31 |                                      |    |  |    |  |  |
| 1 año y 1 día a 2 años                      | 1                      | 1  | 3  | 3         | 4  | 5  | 6             | 6  | 9  | 9           | 11 | 11 | 12                       | 12 | 13 | 13        | 14 | 15 | 15     | 16 | 17 | 18         | 18 | 19 | 20                    | 20 | 21 | 22                          | 23 | 24 | 25                       | 28 | 28 | 32                                   |    |  |    |  |  |
| 2 años y 1 día a 3 años                     | 1                      | 1  | 4  | 4         | 5  | 5  | 6             | 6  | 9  | 9           | 10 | 10 | 11                       | 11 | 12 | 12        | 12 | 15 | 15     | 16 | 17 | 18         | 18 | 19 | 20                    | 20 | 21 | 21                          | 22 | 23 | 24                       | 26 | 26 | 30                                   |    |  |    |  |  |
| 3 años y 1 día a 4 años                     | 1                      | 1  | 6  | 6         | 7  | 8  | 9             | 9  | 11 | 11          | 12 | 12 | 13                       | 13 | 14 | 14        | 15 | 16 | 16     | 17 | 18 | 18         | 19 | 20 | 20                    | 21 | 21 | 22                          | 23 | 24 | 25                       | 28 | 28 | 32                                   |    |  |    |  |  |
| 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días | 1                      | 1  | 3  | 3         | 3  | 3  | 4             | 4  | 6  | 6           | 7  | 7  | 8                        | 8  | 9  | 9         | 10 | 11 | 11     | 12 | 13 | 13         | 14 | 14 | 15                    | 15 | 16 | 16                          | 17 | 18 | 19                       | 20 | 23 | 23                                   | 27 |  |    |  |  |

= Procesos y subprocesos no fundamentales

= Procesos y subprocesos fundamentales