CORPORACIÓN Huellas de Amor Para Tu Vida NIT 900192801-0	HOJA DE CONTROL CARPETA BENEFICIARIO	VERSION: 002-2025
NOMBRE	Madelene Ivonne Poja Chillo	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.074.192.662	
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	19-05-2025	

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
19	05	2025	Jardín

NOMBRE COMPLETO USUARIO	Madelene Ivonne Paja Chillo
NUMERO DE DOCUMENTO	1.074.192662
CIUDAD Y FECHA DE NACIMIENTO	06-02-2021 - Cundinamarca facatativa
EDAD	4 años
DIRECCION DE RESIDENCIA	Cra-4 N°4-44
SEGUNDA DIRECCION	-
TELEFONOS	3223748293
ESTRATO HOGAR	2
PUNTAJE SISBEN – No FICHA	B5
CRITERIO DE FOCALIZACION	sisben
AFILIACION A SALUD	Nueva EPS
NOMBRE DEL PADRE (niñ@s)	David Alejandro Paja Calambras
OCUPACION	-
NUMERO DE CONTACTO	-
NOMBRE DE LA MADRE (niñ@s)	Zully Yuliana Chillo Guacas
OCUPACION	Oficios varios
NUMERO DE CONTACTO	3223748293
NOMBRE ACUDIENTE	Zully Yuliana Chillo Guacas
OCUPACION	Oficios varios
NUMERO DE CONTACTO	3223748293
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:	Hernestina Chillo Guacas
PARENTESCO	Tia
TELEFONO	3223743293
AUTORIZACION PARA RECOGER (niñ@s)	Hernestina Chillo Guacas
CEDULA	1.084.578.981
PARENTESCO	Tia

2. yuliana chillo G.
FIRMA ACUDIENTE / PADRE DE FAMILIA

Daniela A Nosiue R
NOMBRE DOCENTE

Claudia Marcela Vargas Tovar
FIRMA COORDINADOR

CORPORACIÓN
Huellas de Amor
Para Tu Vida

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

ACTA DE COMPROMISO

Fecha 19-05-2025
Yo, Zoila Yuliana chillo Guagas Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía N° 1081421946 Expedida en La Plata H. Padre, Madre y/o acudiente de Madelene Ivonne Paja chillo Residente en el Municipio de Nataga. H. en la Dirección Cra-4 N° 4-44 Teléfono 3223748293 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: Z. Yuliana chillo G.

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 Zuleyka Yuliana Chillo G., identificado (a) con documento de identidad número 1081421946, 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, Madelene Ivonne Paja Chillo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1074192662, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por Corhuellas, 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. S.T.

Suscriben:

Firma: Zuleyka Yuliana Chillo
Nombre: Zuleyka Yuliana Chillo
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3223748293
Fecha: 19 de mayo 2025
Municipio: Natagá - Huila.

¡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 FOTOGRAFICO Y VIDEOS

FECHA: 19 - Mayo - 2025

MUNICIPIO: Nataga H

UNIDAD DE SERVICIO: CDI VILLA MERCEDES SUEÑOS INFANTILES

YO, Zulma Yuliana Chillo Guagas con CC 1081421946
Padre, acudiente o representante legal del niño /niña Madelene Ivonne Pala
Con registro civil No 1074192662 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**

Z. Yuliana Ch.
FIRMA ACUDIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

CEDULA: 1081421946

CORPORACIÓN
Huellas de Amor
Para Tu Vida

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

NIT 900192801-0

ACTA DE GRATUIDAD DEL SERVICIO

DIRIGIDO A:

PADRES DE FAMILIAS Y/O CUIDADORES DE NIÑOS Y NIÑAS

FECHA: 19-05-2025

NOMBRE UDS: 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:

Zu. Yuliana chillo

FIRMA
NOMBRE PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE: Zully Yuliana chillo
N° DOCUMENTO IDENTIDAD: 1081421946

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: Villa Mercedes Sueños Infantiles

ACUERDO

Yo, Zully Yuliana Chillo Guagas, identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. 1081421946 expedida en La Plata Huila, autorizo al encargado legalmente del Centro del Desarrollo Infantil CDI Villa Mercedes 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) Madelene Ivonne Paja del nivel Prejardin 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 19 días del mes de 05 de 2025.

PADRE Y/O MADRE

NOMBRE: Zully Yuliana Chillo

FIRMA: Z. Yuliana Ch.

C.C. 1081421946

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 Zulla Yuliana Chillo Guagas, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1081421946 de La Plata Huila, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Madelene Ivonne Pada., identificados con NUIP No. 1074192662., usuario de la unidad de servicio CDI Villa Mercedes, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Natuga (H), a los 19 días del mes 05 de 2025

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

Nombre: Zulla Yuliana Chillo Guagas

Firma: Z Yuliana Chillo

CC. No. 1081 421 946

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Daniela Andrea Nosue Ramirez

Firma: Daniela A Nosue R

CC. No. 1.004.473.253

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

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

PACTO DE CONVIVENCIA

Yo 2011 4uliana chillo Guagas. ,identificado con la cédula de ciudadanía N° 1081421946 expedida en La Plata Huila. me comprometo a cumplir con mis deberes y obligaciones, si no cumplo con esto acepto las acciones contempladas por la EAS y/o en este documento y las correspondientes a mis obligaciones como cuidador o padre de familia impuestas en la Ley 1804 de Primera Infancia, estos deberes fueron propuestos y aceptados al momento de ingresar a la Política de estado para la Atención Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre, Modalidad institucional, servicio centro de Desarrollo Infantil, el día 19 mes 05 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 Neiva (H) a los 19 días del mes de Mayo del 2025

FIRMA: Z. Juliana Chillo Guagas.

C.C N°: 1081421946 DE La Plata Huila.

DOCENTE: Daniela Andrea Nosiee Ramirez

AUXILIAR: Yeni alexandra torres Acosta

COORDINADOR (A): Claudio Marcelo Vargas Tovar

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.074.192.662

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63510363

63510363

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE EL ROSAL - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - EL ROSAL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PAJA	CHILLO

Nombre(s)

MADELENE IVONNE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes FEB Día 06	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA FACATATIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
RECONOCIMIENTO PATERNO VOLUNTARIO	ACTA # 096/0521

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

CHILLO GUAGAS ZULLY YULIANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.081.421.946	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

PAJA CALAMBAS DAVID ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.059.603.602	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CHILLO GUAGAS ZULLY YULIANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.081.421.946	Zully Yuliana Chillo G

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 NOV Día 03	OLGA SILVIA SANABRIA MORENO - REG Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

03.NOV.2021 - SERIAL REEMPLAZA A - 0060310189 - 10.FEB.2021. LIBRO DE VARIOS 253.

ESTA REPRODUCCIÓN FOA Adhesivo Copia Registro Civil

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **01/11/2025**

Ficha: **41483320704200001181**

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MADELENE IVONNE

Apellidos: PAJA CHILLO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1074192662

Municipio: Nátaga

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **20/11/2024**

Última actualización ciudadano: **20/11/2024**

Última actualización via registros administrativos: **20/11/2024**

***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

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	1074192662
NOMBRES	MADELENE IVONNE
APELLIDOS	PAJA CHILLO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA PLATA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	SUBSIDIADO	01/03/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/01/2025 15:24:31	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos

Señores:
CDI

Reciban un cordial saludo.

la presente nota va con el fin informarle que mi hija Madelene Ivonne Paja identificada con R.C: 1074 192662 recibe atención de salud en el municipio de la Plata-Huila, ya que brindan una buena y rápida atención.

No siendo más, me despido deseandole exitos en sus labores.

Atentamente:

2. Yuliana ch.

IAMI

San Sebastián

DATOS DEL RECIEN NACIDO
QUIEN SOY

Nombres y apellidos: Madelen Ivon Chillo guaycar

Identificación: 1074192662 EPS: Nueva EPS

Fecha de nacimiento: Día. 06 Mes: 02 Año: 2021

Edad: _____ Días: _____ Mese s: 9 Años: ____ Sexo: _____

Recién Nacido: Pretermino: ___ A termino: X Edad Gestacional: ____

Embarazo: Único: X Múltiple: _____ No de Gestaciones _____

Peso: _____ Kg. Talla: _____ cm. Perímetro Cefálico: _____ cm.

Tipo de sangre: O+ Lugar que ocupa entre los hermanos: 1

TSH: _____ Serología: _____

Nombre de la Madre: Yully Yuliana Chillo Ocupación: ---

Nombre del Padre: _____ Ocupación: _____

Dirección: V/ El Tablón Teléfono: 3144829482

Alimentación: Lactancia materna exclusiva: Si: _____ No: X

IAMI

San Sebastián

FORMULARIO DE REGISTRO

FECHA	EDAD	PESO	TALLA	PC	PT	OBSERVACIÓN
16-11-21	9 m	6,1	67,5	AA	49	DNT Aguda y Global
09-02-22	12 m	6.9	72.5	44	—	DNT Aguda Mod. y Glo
15-09-22	19 m	8.7	76	46	—	Peso OK y talla b
01/06/23	27 m	10.2	83	48	—	Riesgo de DNT Riesgo de talla baja
09/08/23	30 m	10.6	86	48	—	Riesgo de DNT aguda global, riesgo de talla baja
28/02/24	3 años	12.3	98	48	—	Desnutrición aguda/muy bajo peso/talla baja/riesgo de DNT global
30/01/25	3 años 2 m	A/L	98 cm.	48.5	—	Adecuado
30/01/26						

Salud Vital IPS	SALUD VITAL DEL HUILA SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS	CÓDIGO: MGE-FOR-007 VERSIÓN: 02 FECHA DE EMISIÓN: 01/02/2018 FOLIO: 54

NUM.HISTORIA 1074192662 FECHA: 2025-10-20 11:14:49

MADELENE IVONNE PAJA CHILLO	RC 1074192662	EDAD: 4 Años
VEREDA ARAUJO RIOCHIQUITO	3223748293	CAPITA MOVILIDAD LA PLATA
FEMENINO	O+	SOLTERO
TIPO USUARIO: SUBSIDIADO	ESCOLARIDAD: SIN ESCOLARIDAD	ZONA RURAL

Sede: SEDE LA PLATA

DESCRIPCION	CANTIDAD	OBSERVACIONES / RECOMENDACIONES
890206 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	1	FORTALECER HABITOS ALIMENTICIOS ;VALORACION NUTRICIONAL - PESO ADECUADO PARA LA TALLA, RIESGO DE TALLA BAJA PARA LA EDAD, RIESGO DE DESNUTRICION GLOBAL PARA LA EDAD PERÍMETRO CEFÁLICO ADECUADO PARA LA EDAD.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL:
Z001 - CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NINO

Aide Carbonell

AIDE MARIA CARBONELL VIZCAINO
CC 1081764136
RM. 1081764136
ESP. ENFERMERIA

FORMULA MEDICA CONFORME Decreto 2200 del 2005
FORMULA VALIDA HASTA 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

SEDE NEIVA: carrera 7A N° 17A - 25B/Quirinal Tel: 8758565 || SEDE NEIVA ALTICO: carrera 11 N° 6 A -13B/Altico Tel: 8667015 || SEDE CAMPOALEGRE: Calle 19 N° 7 – 54B/Centro Tel:8335255 || SEDE GARZÓN: Carrera 8 N° 4 - 21 B/Centro Tel. 8335225 || SEDE PITALITO: Calle 6 N° 1A - 69 B/Agua Blanca Tel. 8364307 || SEDE FLORENCIA: Carrera 8 N° 7 – 25B/Las Avenidas Tel. 4358836 E-mail: saludvitalhuila@hotmail.com

27 Octubre
2:20
Sede la pola

Salud Vital IPS	SALUD VITAL DEL HUILA FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS	CÓDIGO: MGE-FOR-007 VERSIÓN: 02 FECHA DE EMISIÓN: 01/02/2018 FOLIO: 53

NUM.HISTORIA 1074192662

FECHA Y LUGAR DE PRESCRIPCIÓN: 2025-10-20 11:11:45 - SEDE LA PLATA

MADELENE IVONNE PAJA CHILLO	RC 1074192662	EDAD: 4 Años
VEREDA ARAUJO RIOCHIQUITO	3223748293	CAPITA MOVILIDAD LA PLATA
FEMENINO	O+	SOLTERO
TIPO USUARIO: SUBSIDIADO	ESCOLARIDAD: SIN ESCOLARIDAD	ZONA RURAL

MEDICAMENTO / INSUMO	VIA	DOSIS	FRECUENCIA	DURACIÓN TTO.	CANTIDAD	INDICACIONES
ALBENDAZOL 100 MG/5 ML (2%) SUSPENSIÓN ORAL	ORAL	TODO EL SOBRE	12 HORA(S)	12 HORA(S)	1 FRASCO	DAR VIA ORAL , TODO EL SOBRE EN AYUNAS , PUEDE DIVIDIR MEDIO EN LA MAÑANA, MEDIO POR LA TARDE
HIERRO (FERROSO) SULFATO ANHIDRO 20 - 25 MG DE FE/ML (2 - 2,5%) SOLUCIÓN ORAL	ORAL	1 CC	24 HORA(S)	30 DIA(S)	1 FRASCO	DAR VIA ORAL , 1 CC, CADA 24 HORAS . ALEJADO DE ALIMENTOS LACTEOS . DAR ESTRE TRATAMIENTO POR UN MES .
VITAMINA A (ACETATO O PALMITATO) 50.000 UI TABLETA, GRAGEA O CÁPSULA	ORAL	50.000 UI	1 SEMANA(S)	4 SEMANA(S)	4 TABLETA	DAR VIA ORAL , UNA TABLETA POR SEMANA , DILUIDA EN JUGOS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL:
Z001 - CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NINO

Aide Carbonell

AIDE MARIA CARBONELL VIZCAINO
CC 1081764136
RM. 1081764136
ESP. ENFERMERIA

FORMULA MEDICA CONFORME Decreto 2200 del 2005
FORMULA VALIDA HASTA 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

SEDE NEIVA: carrera 7A N° 17A - 25B/Quirinal Tel: 8758565 || SEDE NEIVA ALTICO: carrera 11 N° 6 A -13B/Altico Tel: 8667015 || SEDE CAMPOALEGRE: Calle 19 N° 7 – 54B/Centro Tel:8335255 || SEDE GARZÓN: Carrera 8 N° 4 - 21 B/Centro Tel. 8335225 || SEDE PITALITO: Calle 6 N° 1A - 69 B/Agua Blanca Tel. 8364307 || SEDE FLORENCIA: Carrera 8 N° 7 – 25B/Las Avenidas Tel. 4358836 E-mail: saludvitalhuila@hotmail.com

Salud Vital IPS

Salud Vital del Huila IPS S.A.S
NIT: 900.314.301-5

EVOLUCIÓN ODONTOLOGIA

COD: ODO-FO-002 VERSION: 03 F.EMISION:01/02/2018

FECHA ATENCIÓN: 2025-10-27 NUM. HISTORIA: 1074192662 FOLIO: 56

DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
NOMBRE: MADELENE IVONNE PAJA CHILLO	**IDENTIFICACIÓN:** RC 1074192662	**FECHA DE NACIMIENTO:** 2021-02-06
EDAD: 4 Años	**SEXO:** FEMENINO	**ESTADO CIVIL:** SOLTERO
RH: O+	**TELÉFONO:** 3223748293	**DIRECCIÓN:** VEREDA ARAUJO RIOCHIQUITO
ENTIDAD: CAPITA MOVILIDAD LA PLATA	**ESCOLARIDAD:** SIN ESCOLARIDAD	**REGIMEN:** SUBSIDIADO
ARL:	**ACOMPAÑANTE**	
ADMISION 3277113	**AUTORIZACION**	
TIPO PROCEDIMIENTO TRATAMIENTOS ODONTOLOGICOS [990203]	**FINALIDAD PROCEDIMIENTO** (15) DIAGNOSTICO	**FORMA REALIZACION**

EVOLUCION:

PACIENTE ASISTE A CONSULTA DE HIGIENE ORAL JUNTO CON ACOMPAÑANTE MAYOR DE EDAD RESPONSABLE DEL MENOR DE EDAD, SE REALIZA EDUCACIÓN EN HIGIENE ORAL ENFATIZADA EN LA FRECUENCIA DEL CEPILLADO, SE EXPLICA LA TÉCNICA DE BASS O BARRIDO, DE MANERA DIDACTICA, EL USO Y LA IMPORTANCIA DE LA SEDA DENTAL Y EL ENJUAGUE BUCAL, TAMBIEN SE EXPLICA LA CANTIDAD DE CREMA DENTAL QUE EL PACIENTE DEBE USAR SEGUN SU EDAD. SE DA A CONOCER LOS TIPOS DE ENFERMEDADES BUCALES QUE DERIVAN UNA MALA HIGIENE ORAL, COMO ES LA CARIES, LA GINGIVITIS Y LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA ALIMENTACIÓN.

DIAGNOSTICO PPAL
Z012 - EXAMEN ODONTOLOGICO

KARENT JULIET DALLOS OJEDA
CC 1002461148
RM. 1002461148
ESP. ODONTOLOGIA

Salud Vital IPS

GESTION DE CALIDAD

HISTORIA CLINICA NUTRICIONAL

FECHA ATENCIÓN: 2025-10-27 15:45:57 - **NUM. HISTORIA:** 1074192662

DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
NOMBRE: MADELENE IVONNE PAJA CHILLO	**IDENTIFICACIÓN: RC** 1074192662	**FECHA DE NACIMIENTO:** 2021-02-06
EDAD: 4 Años	**SEXO:** FEMENINO	**ESTADO CIVIL:** SOLTERO
RH: O+	**TELÉFONO:** 3223748293	**DIRECCIÓN:** VEREDA ARAUJO RIOCHIQUITO
ENTIDAD: PGP CONTRIBUTIVO LA PLATA	**ESCOLARIDAD:** SIN ESCOLARIDAD	**REGIMEN:** SUBSIDIADO

ADMISION
3278408

TIPO CONSULTA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA [890206]

FINALIDAD DE LA CONSULTA
(44) Otra

ACOMPAÑANTE	**PARENTESCO**
ZULLY YULIANA CHILLO	MADRE

ANAMNESIS

MOTIVO DE CONSULTA
"PORQUE LA NIÑA ESTABA BAJITA DE TALLA"

ANTECEDENTES

PATOLOGICOS	**QUIRÚRGICOS**
NO REFIERE	NO REFIERE
TOXICO - ALERGICOS	**MEDICAMENTOSOS**
NO REFIERE	NO REFIERE
FAMILIARES	
NO REFIERE	

OTROS

REVISION POR SISTEMAS

NEUROLOGICO	**DIGESTIVO**
NO REFIERE	NO REFIERE
ENDOCRINO	**OSTEOMUSCULAR**
NO REFIERE	NO REFIERE

HABITOS PERSONALES

Actividad Fisica NO	
Tabaquismo NO	
Alcohol NO	
Sustancias Psicoactivas NO	

VALORACIÓN NUTRICIONAL INICIAL

PESO (Kg)	**Talla (cm)**	**PB (cm)**	**Circunferencia Abdominal (cm)**	**Edad Gestacional en semanas**
15	104			

Indicador	**DS**	**Interpretación**
Peso para la Edad	-1	Riesgo de Bajo Peso para la Edad
Talla para la Edad	Entre 0 y -1	Talla Adecuada para La Edad
Peso para la Talla	Entre 0 y -1	Peso Adecuado para la Edad (Limite inferior)
IMC para la Edad		
IMC para la EG		

Examen Fisico (Signos de malnutricion)
PACIENTE EN ADECUADAS CONDICIONES GENERALES. SE MUESTRA ACTIVA, ALERTA, SONRIENTE. NO PRESENTA SIGNOS FISICOS NI CLINICOS DE DESNUTRICION. NO HAY ANTECEDENTES DE PATOLOGIAS QUE AFECTE SU ESTAO NUTRICIONAL. LA MARE REFIERE QUE RECIBE Y TOLERA ADECUADAMENT LOS ALIMENTOS. APETITO NORMAL. ASISTE AL CDI EN EL CUAL RECIBE TRES TIEMPOS DE COMIDA.

Diagnóstico Nutricional
E639 - DEFICIENCIA NUTRICIONAL, NO ESPECIFICADA

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL (aplica a partir del primer control)

Indicador	**DS Control**	**Interpretación Control**
Peso para la Edad Control		
Talla para la Edad Control		
Peso para la Talla Control		
IMC para la Edad Control		
IMC para la EG Control		

Examen Fisico (Signos de malnutricion)

Diagnóstico Nutricional
E639 - DEFICIENCIA NUTRICIONAL, NO ESPECIFICADA

Anamnesis Alimentaria (Recordatorio 24 hs)

Desayuno:
ARROZ, HUEVO, TAJADAS DE PLATANO, CARNE MOLIDA, AGUADEPANELA
Refrigerio:
COLADA DE BIENESTARINA
Almuerzo:
ARROZ, CARNE SUDADA, ENSALADA DE ZANAHORIA CON REPOLLO Y JUGO DE MORA
Refrigerio:
COLADA DE BIENESTARINA CON GALLETAS
Cena:
ARROZ, LENTEJAS, POLLO, AGUADEPANELA
Consume suplementos y/o complementos:
Alimentos preferidos:
Alimentos rechazados:
Quien prepara los alimentos:

Ingreso: 9FC5643F83 Fecha Historia: 5/08/2025 9:59:55 a. m. # Autorización: 281859893 Página 2/6
Fecha Ingreso: 5/08/2025 9:46:30 a. m. Causa de atención: Enfermedad general
Identificación: 1074192662 Nombres: MADELENE IVONNE Apellidos: PAJA CHILLO
Número de folio: 63 Ubicación: SEDE AMBULATORIA LA TOMA - CONSULTA EXTERNA NEIVA

Presión arterial media :	63,33 mmHg	Frecuencia cardiaca :	100 latidos/min	SpO2 :	98%
Perimetro abdominal :	1 cm	Indice de masa corporal :	13,31 Kg/m²	Dolor:	0
Perimetro cefàlico :	1 cm	Perimetro torácico :	1 cm	Talla:	104,0 cm
Perimetro braquial :	1,0 cm	Superficie corporal :	0,62 m²		
Peso actual:	14,40 KG				

N: Normal, AN: Anormal

Cabeza:	☑N	☐AN	
Ojos:	☑N	☐AN	
ORL:	☑N	☐AN	
Cuello:	☑N	☐AN	
Tórax:	☑N	☐AN	
Abdomen:	☑N	☐AN	
Genitourinario:	☑N	☐AN	
Extremidades:	☑N	☐AN	
Neurológica:	☑N	☐AN	
Piel:	☐N	☑AN	CICATRIZ EN ABDOMEN CICATRIZADA 100% SIN SIGNOS DE HIPERTROFIA OQ UELOIDE. HIPOPIGMENTACION. A NIVEL DE MUSLO IZQUIERDO CARA ALTEROLATERAL E INTERNO DEL DERECHO PRESENTA CICATRICES HIPERTROFICAS ERITEMATOSAS INDURADAS SOBRELEVEADAS Y CON CACARCTERISTICAS INFLAMATORIAS, EVANESCEN A LA DIGITOPRESION.

Observaciones:
1

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

Peso para la Talla:	>=-2 a <-1 / Riesgo de desnustrición aguda.
Peso para la Edad:	>=-2 a <-1 / Riesgo de desnutrición global
Perimetro Cefálico:	<-2 / Factor de riesgo para el neurodesarrollo.
Talla para la Edad:	>=-1 / Talla adecuada para la edad.
Indice Masa Corporal:	<=+1 / No aplica (Verificar con P/T)

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnóstico	Observaciones	Principal
T292	QUEMADURAS DE MÚLTIPLES REGIONES, MENCIONADAS COMO DE NO MAS DE SEGUNDO GRADO		☑
L910	CICATRIZ HIPERTROFICA		☐

ANÁLISIS

PACIENTE CON SECUELA DE QUEMADURA EN MIEMBROS INFERIORES, CON CICATRICES HIPERTROFICAS INDURADAS PERO INMADURAS AUN. SE INDICA REALIZAR MASAJE, PRESOTERAPIA Y SE EXPLICA A LA MADRE COMO REALIZAR EL MANEJO. SE SOLICITA VALORACION Y CONCURRENCIA CON DERMATOLOGIA, EVENTUAL BENEFICIO DE CLOBETASOL. SE INDICA MASAJE, HIDRATACION Y PROTECTOR SOLAR. NO SE DESCARTA REQUERIMIENTO DE INTERVENCIONES ADICIONALES (DERMOABRASIONES O TRATAMIENTO DE SECUELAS)
SE CITA A CONTROL CON CIRUJANO PLASTICO EN 4 A 6 MESES
SE ACLARAN DUDAS Y PREGUNTAS. SE EXPLICA, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

CONCILIACION MEDICAMENTOSA

¿Se realizo la conciliación medicamentosa? : Si ☐ No ☐

ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES

SERVICIOS DE CONTROL:

Código Servicio	Servicio

Profesional: ALEJANDRO LOZANO CIFUENTES
Especialidad: CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
Tarjeta Prof. # 63-1167/2012

Identificación: 1074192662
Nombre: MADELENE IVONNE
Apellido: PAJA CHILLO

CLINICA MEDILASER S.A.S

813001952-0

REPORTE HISTORIA CLINICA INGRESO

Ingreso: 9FC5643F83 **Fecha Historia:** 5/08/2025 9:59:55 a. m. **# Autorización:** 281859893
Fecha ingreso: 5/08/2025 9:46:30 a. m. **Causa de atención:** Enfermedad general
Identificación: 1074192662 **Nombres:** MADELENE IVONNE **Apellidos:** PAJA CHILLO
Número de folio: 63 **Ubicación:** SEDE AMBULATORIA LA TOMA - CONSULTA EXTERNA NEIVA

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: PAJA CHILLO
Tipo documento: RC **Número:** 1074192662
Nombres: MADELENE IVONNE
Edad: 04 Años 05 Meses 27 Días (6/02/2021)
Dirección: BARRRIO CRISTO REY - CENTRO NATAGA - NATAGA - HUILA - Colombia
Sexo: FEMENINO
Teléfono: 3223748293 - 3228561720
Grupo: O **RH:** Positivo
Entidad responsable: NUEVA E.P.S - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A
Tipo afiliado: NO APLICA
Segurad social: NUEVA E.P.S - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A
Estado civil: SOLTERA
Tipo paciente: SUBSIDIADO
Grupo étnico: INDIGENAS
Profesión: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: MADRE: YULIANA CHILLO- 3223748293
"EN FEBRERO SE QUEMO"

Enfermedad Actual: PACIENTE FEMENINA DE 4 AÑOS QUE CONSULTA PORQUE PRESENTO QUEMADURA EN ABDOMEN Y MIEMBROS INFERIORES EN FEBRERO DE 2025, ASISTE A CONTROL, REFIERE PRURITO A NIVEL DE LAS CICATRICES. NIEGA ALTERACION EN LA MOVILIDAD, NIEGA OTROS SINTOMAS
ACTUALMENTE ESTAN APLICANDO CREMA LUBRIDERM

ANTECEDENTES

Médicos: > Fecha: 05/08/2025
NIEGA

Oftalmológicos: -- No Refiere --

Quirúrgicos: > Fecha: 05/08/2025
NIEGA

Transfusionales: -- No Refiere --

Inmunológicos: -- No Refiere --

Alérgicos: -- No Refiere --

Traumáticos: -- No Refiere --

Psicológicos: -- No Refiere --

Farmacológicos:

Familiares: > Fecha: 05/08/2025
NIEGA

Tóxicos: -- No Refiere --

Hábitos de vida: -- No Refiere --

Escolares: -- No Refiere --

Laborales: -- No Refiere --

Nutricionales: -- No Refiere --

Odontológicos: -- No Refiere --

Socioeconómicos: -- No Refiere --

Otros: > Fecha: 05/08/2025
NIEGA OTROS SINTOMAS

REVISIÓN POR SISTEMAS

NIEGA OTROS SINTOMAS

OBJETIVO - EXAMEN FISICO

Presión arterial : 90/50 mmHg **Frecuencia respiratoria :** 20 respiraciones/min **Temperatura :** 36 °C

Profesional: ALEJANDRO LOZANO CIFUENTES
Identificación: 1074192662
Especialidad: CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
Nombre: MADELENE IVONNE
Tarjeta Prof. # 63-1167/2012
Apellido: PAJA CHILLO

CLINICA MEDILASER S.A.S

NIT: 813001952-0

DEMANDA INDUCIDA

Ingreso: 9FC5643F83 **Fecha Historia:** 5/08/2025 9:59:55 a. m. Página 1/1

Número de Folio: 63 **Ubicación:** SEDE AMBULATORIA LA TOMA - CONSULTA EXTERNA NEIVA

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: PAJA CHILLO **Tipo Documento:** RC **Numero:** 1074192662

Nombres: MADELENE IVONNE **Edad:** 04 Años 05 Meses 27 Dias (6/02/2021)

Dirección: BARRRIO CRISTO REY - CENTRO NATAGA - NATAGA - HUILA - Colombia **Sexo biológico:** FEMENINO **Género:** Femenino

Teléfono: 3223748293 - 3228561720 **Tipo Paciente:** SUBSIDIADO

Entidad Responsable: NUEVA E.P.S - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A **Tipo Afiliado:** NO APLICA

Seguridad Social: NUEVA E.P.S - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A

REGISTROS PROGRAMAS PROMOCION Y PREVENCION

Fecha Registro	Programa Promocion y Prevencion
05-08-25 9:59 a. m.	ODONTOLOGIA
05-08-25 9:59 a. m.	PRIMERA INFANCIA

Profesional: ALEJANDRO LOZANO CIFUENTES

Profesional: ALEJANDRO LOZANO CIFUENTES
Especialidad: CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
Tarjeta Prof. # 63-1167/2012

Salud Vital IPS	SALUD VITAL DEL HUILA FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS	CÓDIGO: MGE-FOR-007 VERSIÓN: 02 FECHA DE EMISIÓN: 01/02/2018 FOLIO: 33

NUM.HISTORIA 1074192662

FECHA Y LUGAR DE PRESCRIPCIÓN: 2025-01-30 06:37:24 - SEDE LA PLATA

IDENTIFICACIÓN:

NOMBRES: MADELENE IVONNE PAJA CHILLO	**IDENTIFICACIÓN:** RC 1074192662	**EDAD:** 3 Años
DIRECCIÓN: VEREDA ARAUJO RIOCHIQUITO	**TELÉFONO:** 3223748293	**EPS:** CAPITA NUEVA EPS
GENERO: FEMENINO	**RH:** O+	**ESTADO CIVIL:** SOLTERO
TIPO USUARIO: SUBSIDIADO	**ESCOLARIDAD:** SIN ESCOLARIDAD	**ZONA** RURAL

MEDICAMENTO / INSUMO	VIA	DOSIS	FRECUENCIA	DURACIÓN TTO.	CANTIDAD	INDICACIONES
ALBENDAZOL 100 MG - 5 ML SUSPENSION ORAL FRASCO POR 20 ML	ORAL	1	24 HORA(S)	1 DIA(S)	1 FRASCO	ADMINISTRAR 10 CC VIA ORAL EN AYUNAS DOSIS UNICA
VITAMINA A 50.000UI C*50 CAP (RETIBLAN 50)	ORAL	4 CAPSULAS	24 HORA(S)	1 DIA(S)	4 CAPSULA	VERTIR EL CONTENIDO DE LAS 4 CAPSULAS EN MEDIO VASO DE AGUA O JUGO Y DAR DE BEBER EN UNA SOLA TOMA

DIAGNOSTICO PRINCIPAL:
Z001 - CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NINO

EMERSON DARIO BRAVO URBANO
CC 12181684
RM. 12181684
ESP. MEDICO GENERAL

FORMULA MEDICA CONFORME Decreto 2200 del 2005
FORMULA VALIDA HASTA 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

SEDE NEIVA: carrera 7A N° 17A - 25B/Quirinal Tel: 8752565 || SEDE NEIVA ALTICO: carrera 11 N° 6 A –13B/Altico Tel: 8667015 || SEDE CAMPOALEGRE: Calle 19 N° 7 – 54B/Centro Tel:8335255 || SEDE GARZÓN: Carrera 8 N° 4 - 21 B/Centro Tel. 8335225 || SEDE PITALITO: Calle 6 N° 1A - 69 B/Agua Blanca Tel. 8364307 || SEDE FLORENCIA: Carrera 8 N° 7 – 25B/Las Avenidas Tel. 4358836 E-mail: saludvitalhuila@hotmail.com

E LA SALUD
IERA INFANCIA

		D	M	A
terado		D	M	A
terado		D	M	A
terado		D	M	A
terado		D	M	A
ÓN		D	M	A

IA (E), MEDICINA (M), AMILIAR (MF)

ón al alla	Puntuación Z	Atención en salud por

ACIÓN CON MICRONUTRIENTES

D	M	A	D	M	A
D	M	A	D	M	A
D	M	A	D	M	A
D	M	A	D	M	A
D	M	A	D	M	A

CIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

D	M	A	SI*	NO*
D	M	A	SI*	NO*
D	M	A	SI*	NO*

nor o igual a 20 normal

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

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

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



Ministerio de Salud y Protección Social

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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Hadelene Ivonne Pajachillo
Fecha de nacimiento: 06 Febrero 2024
Nº de certificado de nacido vivo: 163327639
Registro civil: 1.074.192.662
Sexo: Femenino.
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 2900. Talla:
Dirección:
Teléfono 1: 3223748293
Teléfono 2: CC: 1081.421.946
Responsable: Zully Yuliana Chilo Guaca
Municipio de residencia: Facatativa
Departamento: Cundinamarca

N. 6 P1

Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Tipo identificación: No. ID:

Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
				Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
Única	7	02	21	Seroun	03796025	HSRF				Paola Guerra
Recién nacido	7	02	21	Seroun	03240133	HSRF.				Paola Guerra
				Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
1.ª							7	04	21	
1.ª	28	04	2021	Seroun	78570700D	CAMD ESE SAN SEBASTIÁN				
1.ª	6	04	2021							
1.ª	28	04	2021	Seroun	20170074					Centro de Salud E
1.ª	28	04	2021	GSK	AA0L7688AB					
1.ª	28	04	2021	GSK	AS1N7888AD					
				Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
2.ª	25	JUN	2021	Seroun	20270071					
2.ª										Luz Adriana Alzate
2.ª	25	JUN	2021	Seroun	28540210C	CAMD ESE SAN SEBASTIÁN				
2.ª	25	JUN	2021							
2.ª				GSK	AA0L7748AB					
2.ª				GSK	AS1N7308A7					
				Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
3.ª	24	8	21	Seroun	18090194					
3.ª	24	8	21	SEROUN	28501008C					
3.ª	24	8	21	SEROUN						
3.ª	24	8	21	SEROUN						
1.ª	24	8	21	Seroun	U3B87IU					
2.ª	24	09	21	Seroun	U3D82I0	ESE SAN SEBASTIÁN				
1.ª	09	02	2022	SEROUN	01300N128A	ESE SAN SEBASTIÁN				María Yicela Salazar
Refuerzo	09	02	2022	GLAXO SM	AJPNB3151BA	ESE SAN SEBASTIÁN				María Yicela Salazar
2.ª	09	02	2022	MERCK SD	U00067232	ESE SAN SEBASTIÁN				María Yicela Salazar
Única	09	02	2022	MERCK SD	U01192266	ESE SAN SEBASTIÁN	24	08	2022	María Yicela Salazar
Anual	30	08	2021	GREEN CROSS	U502220076	ESE Nataga				
1.er refuerzo	30	8	22	SEROUM	18090194	H. NATAGA				
1.er refuerzo	30	8	2022	SEROUM	28210012B-	H. NATAGA				
Única	30	8	2022	MINGUIOS	212VF=015 2	H. Nataga				
2.º refuerzo										
2.º refuerzo										
2.ª	05	04	2024	Seroun	01530N001A	H. Nataga	5 de febrero 2026			
Refuerzo										
1.ª										
2.ª										
3.ª										
DA	27	05	2025	GREEN CROSS	U50522007	H. ESE Nataga				

que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida

LA PLATA HUILA
24 MAYO 2025

VALORACIÓN MEDICINA GENERAL

EL PRESENTE CERTIFICADO CONSTA QUE MADELENE IVONNE PAJA CHILLO IDENTIFICADO CON RC: 1074192662, PACIENTE FEMENIN DE 4 AÑOS INGRESA AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA A CITA DE MEDICINA GENERAL PARA VALORACION MEDIC, TAMIZAJE AUDITIVO Y VISUAL SOLICITADO PARA INGRESO A CDI, EN COMPAÑIA DE LA MADRE ZULY YULIANA CHILLO IDENTIFICADA CON CC 1081421946 EL DIA 24/05/25. SE CONSIDERA EN EL MOMENTO MENOR NO PRESENTA ALTERACIÓN AL EXAMEN FÍSICO QUE LE IMPIDA COMPARTIR EN COMUNIDAD, SIN IDENTIFICAR ALTERACIÓN AUDITIVA O VISUAL APARENTE.

CERTIFICADO DADO 24/05/2025

Dra. Madeleyn María Bravo
Médica General
CC: 1.003.801.703

MADELEYN MARIA BRAVO GUAÑARITA
CC: 1.003.801.703

Salud Vital IPS

Salud Vital del Huila IPS S.A.S
NIT: 900.314.301-5

EVOLUCIÓN ODONTOLOGIA

COD: ODO-FO-001 VERSION: 03 F.EMISION:01/02/2018

FECHA ATENCIÓN: 2025-05-26 NUM. HISTORIA: 1074192662 **FOLIO:** 40

DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
NOMBRE: MADELENE IVONNE PAJA CHILLO	**IDENTIFICACIÓN: RC** 1074192662	**FECHA DE NACIMIENTO:** 2021-02-06
EDAD: 4 Años	**SEXO:** FEMENINO	**ESTADO CIVIL:** SOLTERO
RH: O+	**TELÉFONO:** 3223748293	**DIRECCIÓN:** VEREDA ARAUJO RIOCHIQUITO
ENTIDAD: CAPITA MOVILIDAD LA PLATA	**ESCOLARIDAD:** SIN ESCOLARIDAD	**REGIMEN:** SUBSIDIADO
ARL:	**ACOMPAÑANTE**	
ADMISION 2907015	**AUTORIZACION**	
TIPO CONSULTA RPMS - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA [890203]	**FINALIDAD CONSULTA** (15) Diagnóstico	**MOTIVO CONSULTA** (38) Enfermedad general

MOTIVO CONSULTA

"valoracion" refiere la madre

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de 4 años de edad asintomática asiste a consulta por primera vez para valoración en compañía de su madre refiere que no presenta molestia ni dolor en ningún diente solo quiere ponerla en control odontológico

ANTECEDENTES MEDICOS PERSONALES

TRATAMIENTO			
INGESTIÓN DE MEDICAMENTOS	**SI** ☐	**NO** ☑	**¿Cual?**
HOSPITALIZACION	**SI** ☐	**NO** ☑	**¿Cual?**
RESPIRATORIOS	**SI** ☐	**NO** ☑	**¿Cual?**
CARDIOVASCULARES	**SI** ☐	**NO** ☑	**¿Cual?**
INMUNOLOGICOS	**SI** ☐	**NO** ☑	**¿Cual?**
QUIRURGICOS	**SI** ☐	**NO** ☑	**¿Cual?**
PSICOLOGICOS	**SI** ☐	**NO** ☑	**¿Cual?**
IRRADIACIONES	**SI** ☐	**NO** ☑	**¿Cual?**
SISNUSITIS	**SI** ☐	**NO** ☑	**¿Cual?**
TRAUMATICOS	**SI** ☐	**NO** ☑	**¿Cual?**
HEPATICO	**SI** ☐	**NO** ☑	**¿Cual?**
FIEBRE AMARILLA	**SI** ☐	**NO** ☑	**¿Cual?**
GINECO-OBSTETRICOS	**SI** ☐	**NO** ☑	**¿Cual?**
TÓXICOS	**SI** ☐	**NO** ☑	**¿Cual?**
ALÉRGICOS	**SI** ☐	**NO** ☑	**¿Cual?**
PRUEBA SIDA	**SI** ☐	**NO** ☑	**¿Cual?**
DIABETES	**SI** ☐	**NO** ☑	**¿Cual?**
OTROS	**¿Cual?**		

EXAMEN ESTOMATOLOGICO (Estructura)

LABIO INFERIOR SIN ALTERACION		**PISO DE BOCA** SIN ALTERACION	
LABIO SUPERIOR SIN ALTERACION		**DORSO DE LENGUA** SIN ALTERACION	
COMISURA SIN ALTERACION		**VIENTRE DE LENGUA** SIN ALTERACION	
MUCOSA ORAL SIN ALTERACION		**PAROTIDAS** SIN ALTERACION	
SURCO VESTIBULAR SIN ALTERACION		**G. SUBLINGUALES** SIN ALTERACION	
MEJILLAS SIN ALTERACION		**G. MAXILARES** SIN ALTERACION	
PROCESO ALVEOLAR SIN ALTERACION		**G. MENORES** SIN ALTERACION	
PALADAR BLANCO SIN ALTERACION		**MAXILAR SUPERIOR** SIN ALTERACION	
PALADAR DURO SIN ALTERACION		**MAXILAR INFERIOR** SIN ALTERACION	

OBSERVACIONES

- Sin alteración al examen estomatológico

REGISTRO DE PLACA 50%		EXAMEN		EXAMEN

RESULTADO

USA PROTESIS? ☐	EN BUENAS CONDICIONES DE ☐	HIGIENE CLASIFICACIÓN DE RIESGO BAJO

EXAMEN PERIODONTAL

INFLAMACION	SI ☐	NO ☑	COMPROMISO DE FURCA	SI ☐	NO ☑	RETRACCION	SI ☐	NO ☑
SANGRADO	SI ☐	NO ☑	OTROS	SI ☐	NO ☑			

OBSERVACIONES

No se observa ninguna alteración periodontal

EXAMEN DENTAL

SUPERNUMERARIO ☐	SI ☐	NO ☑	¿Cual?
ABRASION ☐	SI ☐	NO ☑	¿Cual?
EROSION ☐	SI ☐	NO ☑	¿Cual?
PATOLOGÍA PULPAR ☐	SI ☐	NO ☑	¿Cual?
MALPOSICIONES ☐	SI ☐	NO ☑	¿Cual?
MANCHAS CAMBIO COLOR ☐	SI ☐	NO ☑	¿Cual?

Causa Externa

OBSERVACIONES

ninguna

Tamización de Cáncer Oral

ESTRUCTURA ÓSEA SIN ALTERACION	
ATM NORMAL	
ESTRUCTURA DENTAL NORMAL	
CAVIDAD ORAL NORMAL	

PLACAS RADIOGRÁFICAS

DAÑADAS	TOMADAS

OCLUSIÓN

denticion temporal

ARCADA SUPERIOR

S	C	O	NC	P	TOTAL
05	04	01	00	00	10

ARCADA SUPERIOR

S	C	O	NC	P	TOTAL
08	00	02	00	00	10

CLASIFICACION DE RIESGO BAJO	

OBSERVACIONES

-Clínicamente se observa caries en algunos dientes

PLAN DE TRATAMIENTO

-Se solicita al paciente pedir cita para atención por promoción y prevención (p&p) educación en higiene oral, control de placa bacteriana, profilaxis, detartraje.

Atención operatoria (resinas- amalgamas)

EVOLUCION

Se realiza lavado de manos y se utiliza barreras de protección para evitar enfermedades respiratorias, el paciente asiste a consulta de odontología en compañía de su madre, se saluda y se solicita documento de identidad; se registran datos de identificación, motivo de consulta, historia de la enfermedad, antecedentes sistémicos y orales posteriormente se realiza valoración y fase higiénica la cual autoriza la madre, se le explica al acudiente del paciente sobre el diagnostico, pronostico y plan de tratamiento, entiende y acepta.

DIAGNOSTICO PPAL	DIAGNOSTICO RELACIONADO 1
Z012 - EXAMEN ODONTOLOGICO	K021 - CARIES DE LA DENTINA

APLICACIÓN DE FLÚOR BARNIZ

Total De Dientes		Número De La Aplicación		Fecha Próxima Aplicación

condicion Del paciente

EVENTOS ADVERSOS

SOLICITUD EXÁMEN ☐	SOLICITUD MEDICAMENTOS ☐	SOLICITUD AYUDAS DX ☐	INCAPACIDAD ☐	REMISION ☐	

KAREN JULIET DALLOS OJEDA

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

Código: 031539

FS 13740478

Surcolombiana de Gas S.A E.S.P
NIT. 830510717-1
Neiva: KM 3 vía al Sur, Pitalito: Cr 1B 4-58, Mocoa: Km 2 vía Pitalito, Puerto Asís: Cr 19 14-28, Cel: 3103157028, Email: atencionalcliente@surgas.com

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

Nombre: MARIA ETELVINA PASAJE MEDINA
Cédula de ciudadanía 36291264 6
Dirección: CR 4 NO 5-28
Barrio: PUEBLO NUEVO-NATAGA
Municipio: NÁTAGA
Medio de Pago:Consignación bancaria

Fecha y Hora de Generación: 13/05/2025 8:10 AM
Fecha de Validación DIAN: 13/05/2025 8:31 AM
Días Facturados: 30
Periodo Facturado: 5-abr-2025 / 4-may-2025
Último Pago: 28-abr-2025 / 38870
Condiciones de pago: CREDITO 21 DIAS

TOTAL A PAGAR: $25,220

Pagar antes de:31-may-2025

La orden de suspensión procederá en cualquier momento desde:

2-jun-2025

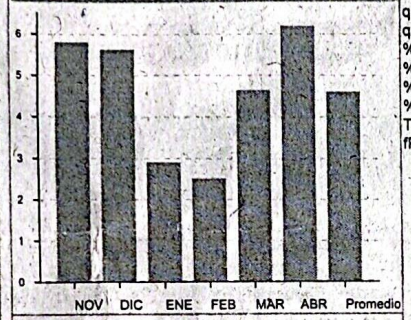
Estrato: 1
Clase de Uso: R
Ciclo: 01
No. Medidor: 00002008-
Ruta: 000100005850
Peso: 0

Consumo mes: MAYO / 25
Causa Cobro Prom.
NORMAL
Lectura Anterior: 733.26
Lectura Actual: 737.24
Consume M3: 3.98
Factor: 0.98
Consumo Corregido: 3.9
Tipo de Gas: GLP

TARIFAS DE CONSUMO POR RANGOS

Rango	Cons. M3	Vr. M3	Vr. Parcial
0.01-7.26	3.90	16167.32	63053

CONSUMOS ANTERIORES



Intereses por Mora % 1.7426 %

COMPONENTES TARIFARIOS

Gm: 4642.79
Tm: 3975.77
TVm: 1192.11
%P: 3.25
Pm: 2.05
UR2456.26
UNR919.54
CUfm: 3966.74
UR15115.36
UNR11059.41
q116167.32
q216180.48
%S1: 60
%S2: 50
%C5y6: 20
%CnoRes: 8.9
TRM: 0
fPC: 1

DESCRIPCIÓN DEL COBRO

Concepto	Valor	Atraso	IVA
CONSUMO	63053	0	0
SUBSIDIO	-37832	0	0
AJUSTE DECENA	-1	0	0

TOTAL IVA	0
TOTAL A PAGAR	$25,220

Total items: 1

SALDO CRÉDITO VIGENTES

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

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

Señor Usuario, es importante que considere lo dispuesto en el artículo 130 de la Ley 142 de 1994 lo cual establece; la responsabilidad solidaria que existe en el pago de las obligaciones contraídas por alguna de las partes del contrato de prestación de servicios. SURCOLOMBIANA DE GAS S.A E.S.P vela por su seguridad y bienestar, por esta razón le informamos que su próxima REVISIÓN PERIÓDICA VENCE el 2029-06-16. El saldo acumulado CREG 048/20 del mes anterior es $286612 , su saldo acumulado CREG 048/20 actual es $277734.

- USUARIO -

VIGILADO POR LA SSPP SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS

Este talonario presta mérito ejecutivo según Art. 130 Ley 142 de 1994

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA	Código	Periodo Facturado	Pagar antes de:	TOTAL A PAGAR:
FS 13740478	031539	5-abr-2025 / 4-may-2025	31-may-2025	$25,220

(415)7709998013193(8020)0013740478(3900)0000025220(96)20250609

QR DIAN

CUFE 9535beab3635812eea417712211c259938f0e74159daf4e49b31b26ebe91ac0232e178f1ea40d09f09e079d1f2b82e00

- RECAUDADOR -

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.081.421.946

CHILLO GUAGAS
APELLIDOS

ZULLY YULIANA
NOMBRES

Zully Yuliana Chillo Guag
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-ENE-1999
INZA
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

01-FEB-2017 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

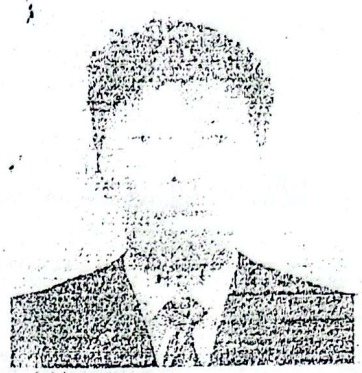
P-1904900-00890507-F-1081421946-20170324 0054450536A 1 47738967

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUIP 1.059.603.602
PAJA CALAMBAS

DAVID ALEJANDRO

FIRMA





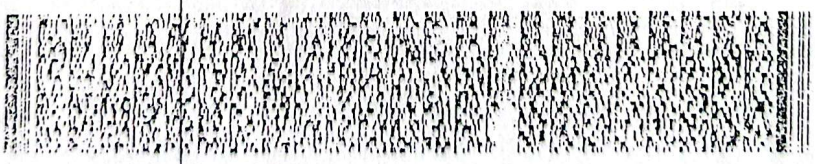
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-SEP-1995
MORALES
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-SEP-2013 MORALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



seguros mundial®

Accidentes personales

Protegemos tus pasos



Línea de atención

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

Conoce nuestra **red médica**

Página web:
www.segurosmundial.com.co

Nº Póliza: 2000514564

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: MADELENE IVONNE PAJA CHILLO

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1074192662	2025/05/16	2026/02/24

Muerte Accidental	$5.000.000,00	Gastos Medicos	$4.000.000,00

En caso de accidente comunícate a nuestra línea **018000112684.**
Para más información acerca de la póliza comunícate a nuestras líneas:

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

www.segurosmundial.com.co

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad Nataga

Nombre completo de la niña o niño Madelene Ivonne Poja Chillo

Fecha de nacimiento 6 2 2021 **N° Documento de Identidad** 1074192662

Sexo Masculino ○ Femenino ⊗ **Fecha de 1er día de atención en el año** 19 05 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Martha Cecilia Ardila P.

Fecha de registro cualitativo 22 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

Su desarrollo es adecuado para su edad

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Martha Cecilia Ardila P.

Fecha de registro cualitativo 22 Mes 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

Su desarrollo es adecuado 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

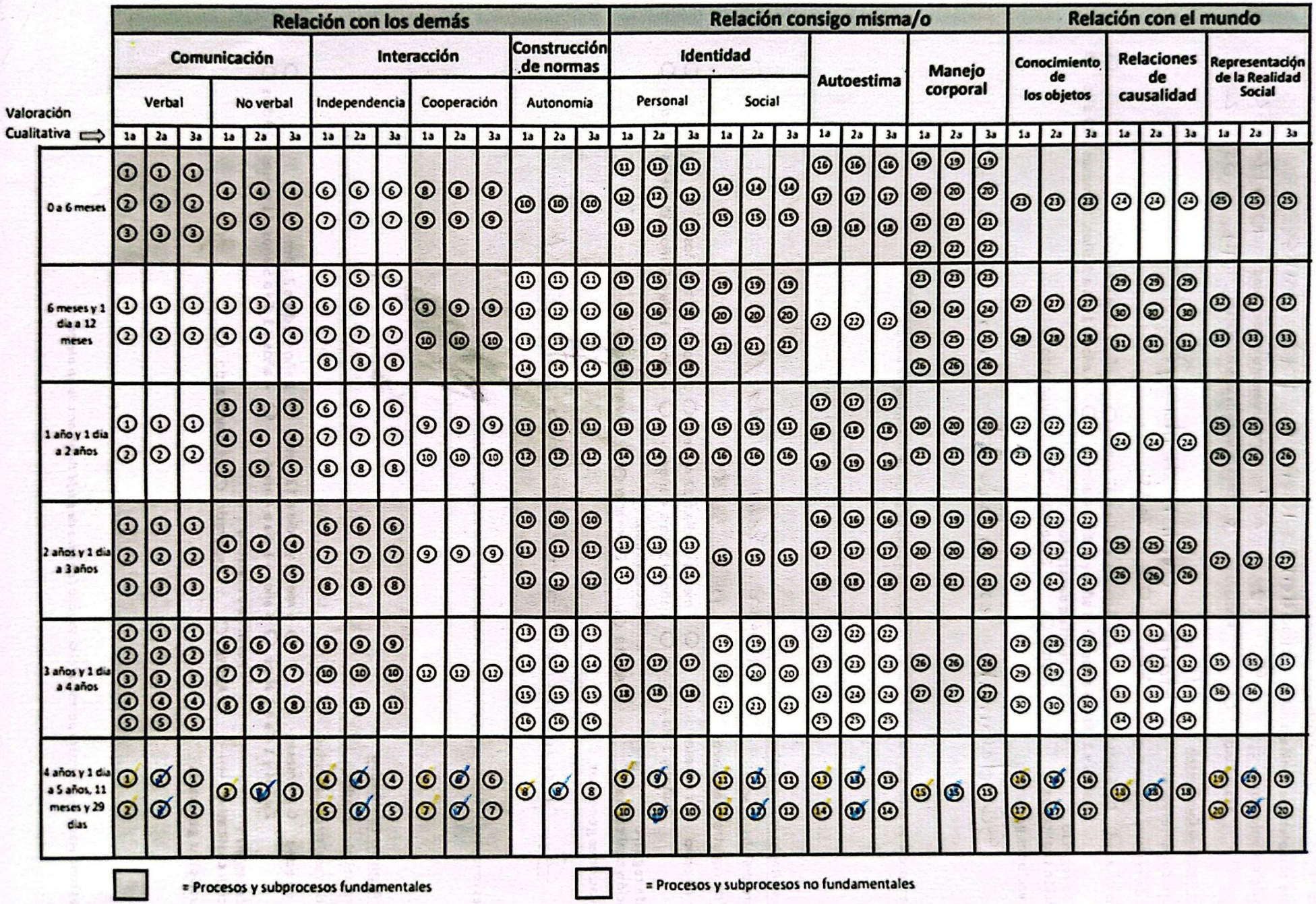
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

Rango de edad
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa ▭ **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

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


Relación con los demás
Comunicación
Verbal
No verbal
Interacción
Independencia
Cooperación
Construcción de normas
Autonomía
Relación consigo misma/o
Identidad
Personal
Social
Autoestima
Manejo corporal
Relación con el mundo
Conocimiento de los objetos
Relaciones de causalidad
Representación de la Realidad 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