CORPORACIÓN Huellas de Amor Para Tu Vida NIT 900192801-0	HOJA DE CONTROL CARPETA BENEFICIARIO	VERSION: 002-2025
NOMBRE	Steban David Peto Auirama	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.084.579.981	
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	16-02-2025	

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

CORPORACIÓN
Huellas de Amor
Para Tu Vida

NIT 900192801-0

FICHA DE MATRICULA



UNIDAD DE SERVICIO: CDI VILLAMERCEDES SUEÑOS INFANTILES

MUNICIPIO: NATAGA

NIVEL: PARVULOS B

FECHA DE INGRESO:			NIVEL A QUE INGRESA
26	02	2025	

NOMBRE COMPLETO USUARIO	STEBAN DAVID PETO AVIRAMA
NUMERO DE DOCUMENTO	1.084.579.981
CIUDAD Y FECHA DE NACIMIENTO	LA PLATA HUILA- 19/12/2021
EDAD	3AÑOS 2 MESES
DIRECCION DE RESIDENCIA	VEREDA LA ESTRELLA
SEGUNDA DIRECCION	VEREDA LA ESTRELLA
TELEFONOS	3219792365-3209343738
ESTRATO HOGAR	1
PUNTAJE SISBEN – No FICHA	A4-4148300550410000048
CRITERIO DE FOCALIZACION	SISBEN
AFILIACION A SALUD	SANITAS- SUBSIDIADO
NOMBRE DEL PADRE (niñ@s)	DUVAN HERNAN PETO OTECA
OCUPACION	INDEPENDIENTE
NUMERO DE CONTACTO	
NOMBRE DE LA MADRE (niñ@s)	KATHERINE AVIRAMA VILLAQUIRA
OCUPACION	AMA DE CASA
NUMERO DE CONTACTO	3219792365
NOMBRE ACUDIENTE	KATHERINE AVIRAMA VILLAQUIRA
OCUPACION	AMA DE CASA
NUMERO DE CONTACTO	3219792365
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:	YULIET AVIRAMA VILLAQUIRA
PARENTESCO	TIA
TELEFONO	3134913166
AUTORIZACION PARA RECOGER (niñ@s)	ELENA VILLAQUIRA GARCIA
CEDULA	55.197.685
PARENTESCO	ABUELA

Katherine Aviama
FIRMA ACUDIENTE / PADRE DE FAMILIA

Ana Imelda Chamboco Perez
NOMBRE DOCENTE

FIRMA COORDINADOR(A)

CORPORACIÓN Huellas de Amor

NIT 900192801-0

ACTA DE COMPROMISO

Fecha 26-02-2025

Yo, Katherine Avirama Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía N° 1084576408 Expedida en 18-04-023 Padre, Madre y/o acudiente de steven david peto Avirama Residente en el Municipio de NÁTAGA en la Dirección calle 4 diagona 2-77 Teléfono 3219792365 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: Katherine Avirama 1084576408

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

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 Katherine Avirama villaquira, identificado (a) con documento de identidad número 1084576408, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	x	Audios	x	Videos	x	Otros datos personales	✓

Autorización - Uso imagen del titular:
Yo, Katherine Avirama villaquira, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1084576408, 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	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por Corporacion Huellas de amor para tu vida en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa CDI villamercedes Sueños Infantiles

Suscriben:

Firma: Katherine Avirama v.
Nombre: Katherine Avirama
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3219492365
Fecha: 26-02-2025
Municipio: Wabaga Huila

CORPORACIÓN
Huellas de Amor
Para Tu Vida

NIT 900192801-0

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

FECHA: 26-02-2025

MUNICIPIO: Natagá - Huila

UNIDAD DE SERVICIO: CDI VILLA MERCEDES SUEÑOS INFANTILES

YO, Katherine Avirama con CC 1082576408
Padre, acudiente o representante legal del niño /niña Esteban david Peto Avirama
Con registro civil No 1082579781 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**

Katherine Avirama V.
FIRMA ACUDIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

CEDULA: 1082576408

CORPORACIÓN

Huellas de Amor
Para Tu Vida

NIT 900192801-6

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, katherine Avirama, identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. 1084574608 expedida en 15 de julio 2013, 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) steven david pelo Avirama del nivel Parvulos B 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 16 días del mes de Febrero de 2025.

PADRE Y/O MADRE

NOMBRE: katherine Avirama

FIRMA: katherine Avirama U.

C.C. 1084574608

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 katherine avirama villaquira, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1082157660 de Duvan Hernan P, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) steven david peña avirama, identificados con NUIP No. 1084579981, 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 Neiva Huila, a los 26 días del mes 02 de 2020

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

Nombre: katherine Avirama

Firma: katherine avirama u.

CC. No. 1082176409

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Flor Imelda Chimbaco Perez

Firma: flor Imelda Chimbaco Perez

CC. No. 26473961

CORPORACIÓN
Huellas de Amor
Para Tu Vida

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

NIT 900782001-0

ACTA DE GRATUIDAD DEL SERVICIO

DIRIGIDO A:

PADRES DE FAMILIAS Y/O CUIDADORES DE NIÑOS Y NIÑAS

FECHA: 26-02-2025

NOMBRE UDS: CDI Villomercedes Seños 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:

Katherine Avirama V.

FIRMA

NOMBRE PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE: Katherine Avirama V.

N° DOCUMENTO IDENTIDAD: 1084576408

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

9

PACTO DE CONVIVENCIA

Yo Katherine Aviruma ,identificado con la cédula de ciudadanía N° 1084576408 expedida en Nataga me comprometo a cumplir con mis deberes y obligaciones, si no cumplo con esto acepto las acciones contempladas por la EAS y/o en este documento y las correspondientes a mis obligaciones como cuidador o padre de familia impuestas en la Ley 1804 de Primera Infancia, estos deberes fueron propuestos y aceptados al momento de ingresar a la Política de estado para la Atención Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre, Modalidad Institucional, servicio centro de Desarrollo Infantil, el día 25 mes 03 del año 2025, para constancia al final firmo con número de cédula.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Comuníquese y cúmplase en el municipio de Natagá a los 25 días del mes de Marzo del 2025

FIRMA: Katherine Avirama

C.C N°: 1084576408 DE Natagá

DOCENTE: Flor Imelda Chimbaco Perez

AUXILIAR: Cindy Tatiana Gutierrez

COORDINADOR (A): Claudia Marcela Vargas Ruiz

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

59236351

NUIP 1.084.579.981

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59236351

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE NATAGA - COLOMBIA - HUILA - NATAGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PETO	AVIRAMA

Nombre(s)

STEBAN DAVID

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021	Mes DIC	Día 19	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	170600433

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

AVIRAMA VILLAQUIRA KATHERINE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.084.576.408	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

PETO OTECA DUVAN HERNAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.084.578.892	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PETO OTECA DUVAN HERNAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.084.578.892	Duvan Hernán Peto oteca

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 DIC Día 23	CRISTOBAL VILLANUEVA ARAGONEZ - R Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Duvan Hernan Peto oteca Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil

COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA OFICINA. EXCENTO DE SELLO ART. 11 DECRETO 2150/1995

CRISTOBAL VILLANUEVA ARAGONEZ
REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 14/11/2025

Ficha: 41483005504100000048

A4

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: STEBAN DAVID

Apellidos: PETO AVIRAMA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1084579981

Municipio: Nátaga

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/11/2018

Última actualización ciudadano: 07/10/2022

Última actualización vía registros administrativos:

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

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: VICTOR HUGO ARIAS ANDAPIÑA

Dirección: Carrera 8 No 2 - 43

Teléfono: 3156304407

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

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1084579981
NOMBRES	STEBAN DAVID
APELLIDOS	PETO AVIRAMA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NATAGA

Datos de afiliación :

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

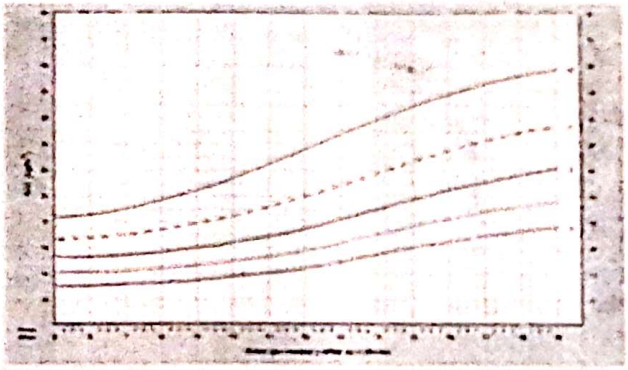
Fecha de Impresión:	11/14/2025 21:12:40	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

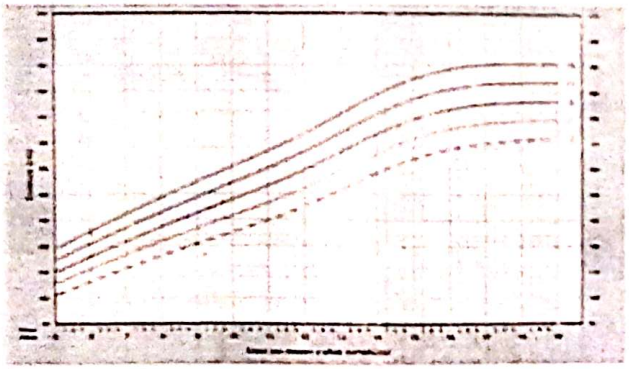
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (5 a 17 años)



Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (5 a 17 años)





CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DÍA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2022	enero	23	Asistio	✓	
2022	Abril	29	Asistio	✓	
2022	Junio	22	llamar		X
2022	sept	20	llamar		X
2022	Octubre	05	Asistio	✓	
2022	Diciembre	20	llamar	✓	
2023	Diciembre	19	llamar		
2024	Noviembre	28	llamar	✓	
2024	Diciembre	24	llamar	✓	
2025	Enero	31	llamar	✓	
2025	Diciembre	19	llamar		

E.S.E HOSPITAL

LUIS ANTONIO MOJICA

Nataga - Huila

... Porque su salud esta en buenas manos



CARNÉ DE SALUD MENORES DE 10 AÑOS NIÑOS

Nombre Stehan David peto A

Fecha de Nacimiento 18-12-2021

Registro Civil 10815 79481

Teléfono 3209667613

Dirección

Barrio o Vereda Centro Rey

Nombre Responsable del Niño

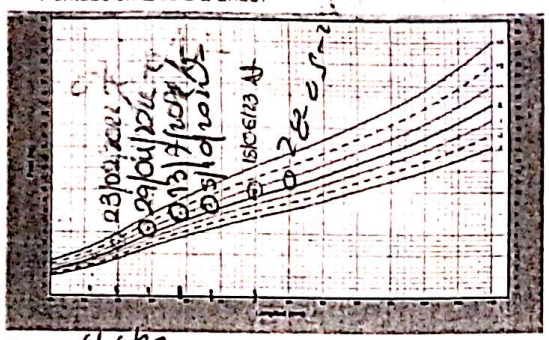
Katerine Alzora

EPS Afiliación

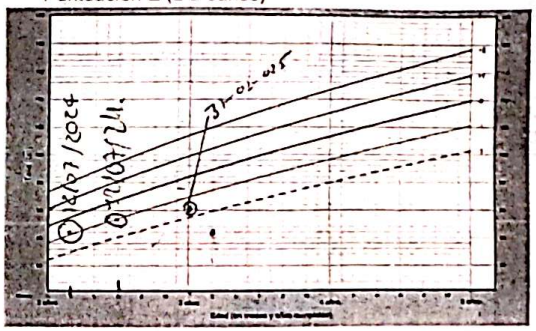
Sitio de Atención

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

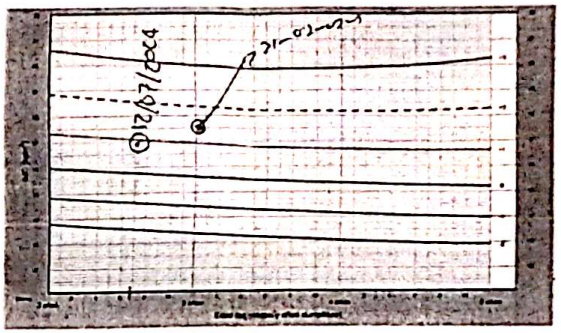
Peso para la Talla Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)



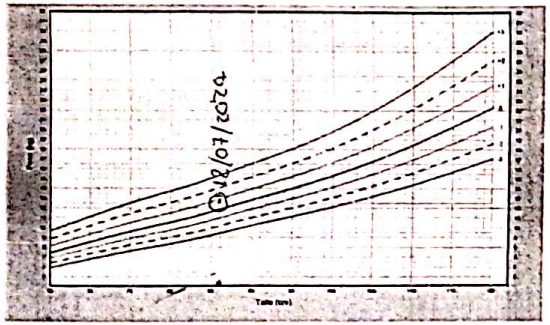
Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5años)



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



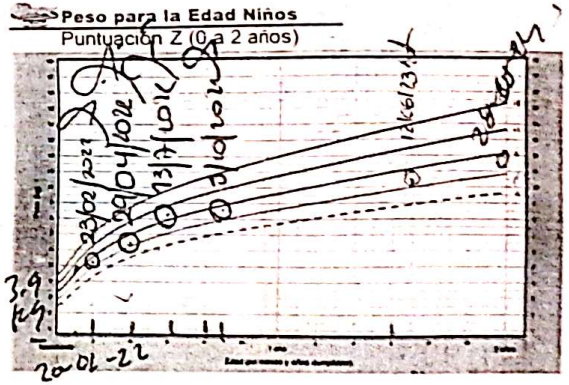
Peso para la Talla Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)



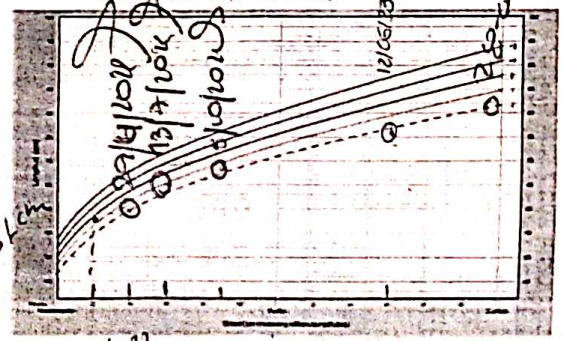
Perímetro Cefalico Niños
Puntuación Z (0 a 5 años)



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



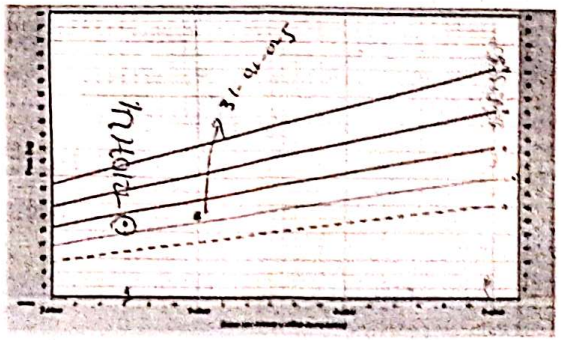
Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)



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



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



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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

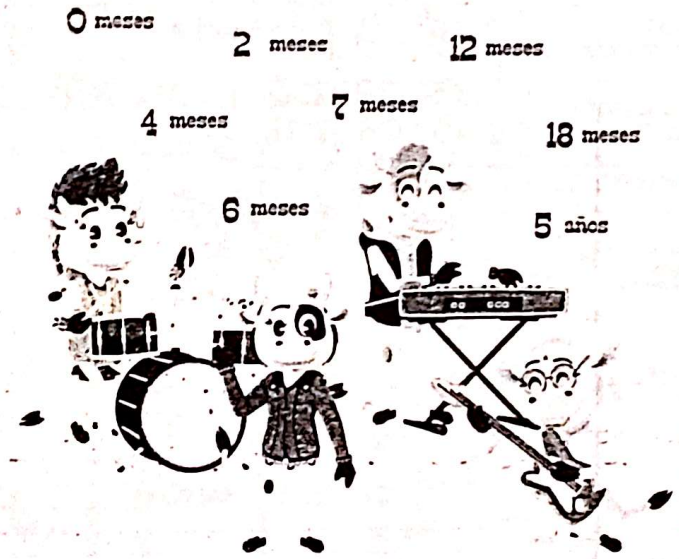
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor 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: ESTEBAN DAVID PEÑ AVIRAMA
Fecha de nacimiento: 19 diciembre 2021
Nº de certificado de nacido vivo: 170600433
Registro civil: 1084579981
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: (O +)
Peso al nacer: 3960gr Talla: 50cms.
Dirección: Cristóbal
Teléfono 1: 3209667613
Teléfono 2:
Responsable: Katherine Avirama
Municipio de residencia: Hatayó,
Departamento: Huila

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: Tipo identificación: No. ID:

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐					
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	20 12 2021	Serum	0570671 0	Hosp		
	Hepatitis B	Recien nacido	19 12 2021	Serum	0320X017D	Hosp		
2 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	1.°	23 02 2022	Bithoven	2105001			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	23 02 2022	serum	2850X035A	ESE Naraya		
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°						
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.°						
	Diarrea por rotavirus	1.°	23 02 2022	Glaxo	AROLC858AC			
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	23 02 2022	Glaxo	ASPNB315BA		19 04 22	
4 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	2.°	29-4/22.	Bithoven	210 5002			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	4/22.	serum	28-50+035			
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°	29.					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.°	29-4/22					
	Diarrea por rotavirus	2.°	29 4/22	Glaxo	ASPNB315			
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	29 4/22	Glaxo	SNDIC858	H.		
6 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	3.°	13 07 2022	Bithoven	2105001			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	13 07 2022	serum	2850X035A	ESE Naraya		
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°	1 1 1					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.°						
	Influenza estacional	1.°	13 07 2022	Green Cross	V502220 06			
7 meses	Influenza estacional	2.°	7 10 2022	Green Cross	V502220 06	ESE Naraya		
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	4 02 2023	serum	0131N035			
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	4 02 2023	Pfizer	FE48 97	ESE Naraya		
	Varicela	2.°	4 02 2023	Merck	WO22084			
	Hepatitis A	Única	4 02 2023	Merck	W00480 2			
	Influenza estacional	Anual	19 05 2023	Green Cross	V505230 04	ESE Naraya		
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.° refuerzo	19 05 2023	Bithoven	2234001A			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° refuerzo	19 05 2023	Serum	V55140 37A			
	Fiebre amarilla	Única	19 05 2023	Sanofi	W3659 1V			
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.° refuerzo						
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo						
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	19 08 2023	serum	0131N082A	ESE Naraya		
	Varicela	Refuerzo						
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°						
		2.°						
		3.°						
Vacunas complementarias y otras dosis	INFLUENZA	D.A	4 5 2023	Green Cross	V502-2003 00	H-Naraya		

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

15

HOSPITAL LUIS ANTONIO MOJICA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813011465 - 8

Paciente:	STEBAN DAVID PETO AVIRAMA		
Entidad:	SANITAS EPS S.A.S. EN INTERVENCION B.M.T.P. SUBSIDIADO PROMOCION Y PREVENCION		
Afiliacion:		**Identificación:**	RC No. 1084579981
Atención:	10054761	**Servicio:**	CONSULTA EXTERNA
Formula:	10049494	**Fecha Formula:**	31/ene./2025
Dirección:			
Telefono:	3214360757	**Edad:** 3 Años	**Sexo:** M
Diagnóstico:	Z001 CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO		
DxR1:	**DxR2:**	**DxR3:**	**DxR4:**

Formula Médica (Medicamentos - Materiales e Insumos P.O.S) **Reclamar el día:** 31/ene./2025

Medicamento - Material e Insumo	Posologia	Cant	D/T	Observaciones
Albendazol 400 mg/20ml (2%) suspensión oral	DOSIS UNIA CADA 6 MESES	1	1	
Vitamina A (acetato o palmitato) 50.000 UI tableta, grageа o cápsula	4 PERLAS CADA 6 MESE 12 PM VO	4	1	

Observaciones Generales

CARLOS ALBERTO DIAZ QUINTERO
MEDICO GENERAL
Registro Medico No. 87454293

Firma del Paciente

Esta orden de medicamentos tiene 72 horas de caducidad
Todo medicamento debe tomarse con abundante agua, al menos un vaso

En la administración de medicamento tenga en cuenta:

- **Leer siempre la orden del medico**
- **Verificar que el medicamento a utilizar sea el ordenado por el médico**
- **Tener presente que los medicamentos orales se puede tomar con alimentos o no, con el estomago vacío, o después de alimentos.**
- **Utilizar la dosis indicada.**
- **Utilizar la via indicada.**
- **La presentación farmacéutica indicada.**
- **Utilizar la hora indicada.**
- **NO tomar dosis adicionales o extras**
- **NO suspender el tratamiento sin orientación médica.**
- **Seguir las indicaciones medicas y NO automedicarse.**

Este es un mensaje del programa de seguridad del paciente
"NUESTRA PRIORIDAD SU SEGURIDAD"

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

CARNÉ DE CITAS

Programas

Planificación Familiar [ ]

Odontología / Higiene Oral [X]

Otros. [ ]

Cual: ODONTOLOGIA

Nombre y Apellidos: STEBAN DAVID PETO AVIRAMA.

Historia Clínica: 1084579981

Fecha de Nac.: 19 - DIC - 2021

E.P.S: SONITAS

Dir: B/ CRISTO REY

Tel: 3214360757.

Comuniquese con Nosotros

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

CITA DE CONTROLES

Motivo	Dia	Mes	Año	A.	N.A	Observaciones
ODONTOLOGIA	18	3	25	✓		Gisell Pirra M.
HIGIENE ORAL	26	3	25	✓		Gisell Pirra M.
HIGIENE ORAL	27	9	25		X	
HIGIENE ORAL	7	10	25	✓		Ana Cruz
HIGIENE ORAL	8	4	26			

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

CERTIFICADO MEDICO ESCOLAR

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CERTIFICADO

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

INFORMACIÓN GENERAL DE QUIEN ELABORA EL CERTIFICADO

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

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Apellidos	PETO AVIRAMA						
Nombres	STEBAN DAVID						
Documento de Identidad	RC	X	TI		Nº 1084579981		
Fecha de Nacimiento	19/12/2021					Edad	3 AÑOS
Sexo	MASCULINO						
Estado Civil	SOLTERO				EPS	Sanitas	
Escolaridad	ESTUDIANTE				REGIMEN	SUBSIDIADO	

ANTECEDENTES

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

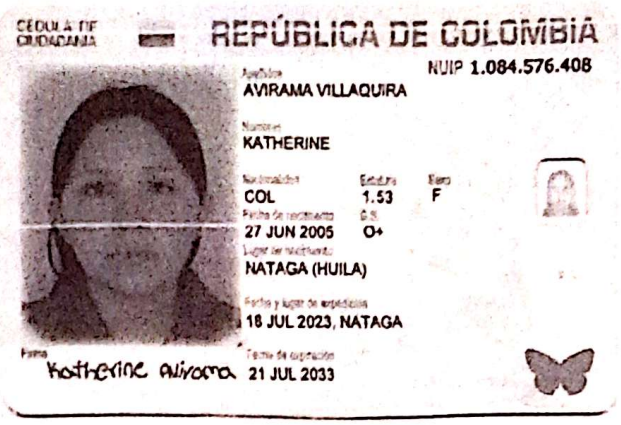
CONCEPTO PARA VALORACIÓN

ANAMNESIS	ASINTOMATICA								
PESO	15,65	TALLA	90	FC	86	FR	16	PC	Tº36
AGUDEZA VISUAL	SIN ALTERACIONES								
AGUDEZA AUDITIVA	SIN ALTERACIONES								
EXAMEN FISICO	SIN ALTERACIONES								
ESTADO DE SALUD	ADECUADO, NO COMPROMISO SISTEMICO NO PRESENTA ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSA								
OBSERVACIONES									

DIAGNOSTICOS	CIE10
CONTROL DE RUTINA	Z000
EXTENSION DE CERTIFICADO MEDICO	Z027

RESPONSABLE DEL CERTIFICADO

AMPARO GOMEZ DE LA HOZ
RM 0267/2025
MEDICO GENERAL



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.084.576.408

Apellidos
AVIRAMA VILLAQUIRA

Nombres
KATHERINE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.53

Sexo
F

Fecha de nacimiento
27 JUN 2005

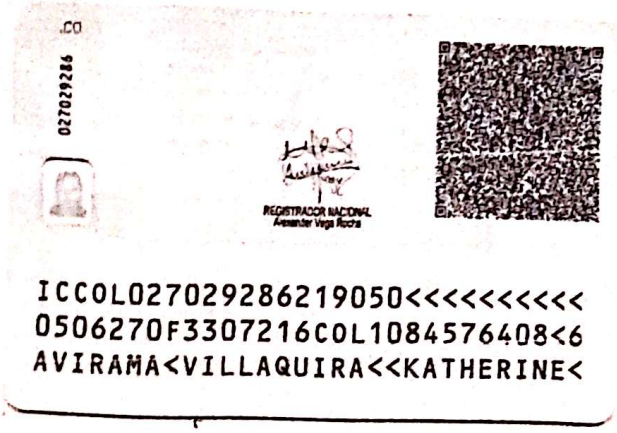
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
NATAGA (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
18 JUL 2023, NATAGA

Firma
Katherine Aviarra

Fecha de expiración
21 JUL 2033



.CO

027029286

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL027029286219050<<<<<<<<<<
0506270F3307216COL1084576408<6
AVIRAMA<VILLAQUIRA<<KATHERINE<

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.084.578.892
PETO OTECA
APELLIDOS
DUVAN HERNAN
NOMBRES

Duvan Hernan Peto Oteca
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-JUN-1997
NATAGA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
17-JUL-2015 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1905000-01018624 M-1084578892-20160629 0081787114G 1 45954318

aguas del huila
NIT. 800.100.563-2

SOCIEDAD AGUAS DEL HUILA, SERVICIOS INTEGRALES, INFRAESTRUCTURA, CONSULTORÍA Y ADMINISTRACIÓN S.A. E.S.P.

NATAGA
CALLE 4 No 7-06 -TEL 321 3632037 CELULAR 313 4207644
Correo electrónico

Referencia de Pago PSE: 483128
Referencia de Pago AVAL: 17186469
Total a Pagar: 69,650
Pago Oportuno: 19-FEBRERO-2025

90

FACTURACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ACUEDUCTO, ALCANTARILLADO Y ASEO

FACTURA No.	PERIODO FACTURADO		FECHA DE EXPEDICIÓN
17186469	01/01/2025	31/01/2025	05/02/2025

DATOS DEL USUARIO

CÓDIGO USUARIO	128	CICLO		RUTA	0001-0491	DIAS FACTURADOS	FECHA DE SUSPENSIÓN
CÓDIGO PREDIAL CATASTRAL		CÉDULA	83250015			30	
NOMBRE	LUIS EDUARDO VELANDIA CAVIEDES		SAN JOSE Pueblo Nuevo				
DIRECCIÓN	DIAGONAL 4 N° 4-17 CASA 1					No. MEDIDOR	
CLASE DE USO	RESIDENCIAL	ESTRATO	1	ZONA		13CP30934 Barcode	

CONSUMOS HISTORICOS

28	23	22	13	8	6	PROM
DEC	NOV	OCT	SEP	AUG	JUL	16
46,700	37,400	36,800	21,200	17,050	15,200	

DETALLES DE CONSUMO

Fecha Lectura	31/01/2025	Lectura Anterior	1312	Lectura Actual	1354
Consumo	42	Promedio		Fecha Ultimo Pago	23/01/2025
Facturas Vencidas	0	Valor Deuda	0	Valor Ultimo Pago	84,150
Frecuencia Recolección		Frecuencia Barrido			

RESUMEN DE SU CUENTA

DETALLE SERVICIO DE ACUEDUCTO

CARGO FIJO ACUEDUCTO	9,842.13	-5413	4,429.00
CONSUMO ACUEDUCTO	48,661.24	-8367	40,294.00
13	525.30	6,783.89	
12	1,158.22	13,874.54	
17	1,158.22	19,853.74	

C.FIJO DE ACUEDUCTO	4,429
CONSUMO ACUEDUCTO	40,294
C.FIJO DE ALCANTARILLADO	2,263
CONSUMO ALCANTARILLADO	18,725
ASEO	3,940
AJUSTE A 50$	-1
	69,650.00

DETALLE SERVICIO DE ALCANTARILLADO

C.FIJO ALCANTARILLADO	5,028.23	-2765	2,263.00
VERTIMIENTO - ALCANTARILLADO	22,562.82	-3838	18,725.00
13	241.75	3,143.26	
14	537.31	7,522.34	
15	537.31	8,059.65	

DETALLE SERVICIO DE ASEO

ASEO	8,756.20	-4,816.20	3,940.00

Documento generado por SOFTWARE GCIPro de MULTISOFTWARE SAS 809.004.693-7 Resolución FESPN

CUDE: a2ee60f7c47e5ce45c76b3367ab641ff71eae1b05f82aecf0df26fb18a9f563d13518ec482f04c1b68b

Total factura mes	Total a PAGAR
69,650	69,650

Respetado usuario, pague a tiempo su factura de acueducto, alcantarillado y aseo y evite la suspensión del servicio. REPRESENTANTE LEGAL

CONCEPTO	SALDO ANTERIOR DE CAPITAL	ABONO A CAPITAL	ABONO INTERESES	VALOR CUOTA	CUOTAS PENDIENTES

Vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos

IMPRESO POR: Daniela Valenzuela Rubiano NIL 1 075.287.696-1 Tel: 608 8731019

USI 10

RECAUDADOR

aguas del huila
NIT. 800.100.563-2

SOCIEDAD AGUAS DEL HUILA, SERVICIOS INTEGRALES, INFRAESTRUCTURA, CONSULTORÍA Y ADMINISTRACIÓN S.A. E.S.P.

(415)7709998895980(8020)000000000000128(3900)000069650(96)20250227

CÓDIGO USUARIO 128 0001-0491
PERIODO FACTURADO 01/01/2025 31/01/2025
FACTURA No. 17186469
PAGUE HASTA 19-FEBRERO-2025
TOTAL A PAGAR 69,650

FAVOR PAGAR EN: CORRESPONSAL BANCARIO BANCO DE BOGOTA Y BANCOLOMBIA


PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES
PROTEGEMOS TUS PASOS
Líneas de Atención
#819
mundial
Nº Póliza:
2000514557
Tomador:
CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS
Nombre de Asegurado:
STEBAN DAVID PETO AVIRAMA
ID Asegurado:
1084579981
Vigencia Desde:
2025/02/24
Vigencia Hasta:
2026/02/24
$5.000.000,00
$4.000.000,00
COBERTURAS:
mundial
#819
BOGOTÁ
NACIONAL

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad Nataga

Nombre completo de la niña o niño Steban David Peto Avirama

Fecha de nacimiento 19 12 2021 **N° Documento de identidad** 1.084.579.981

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Flor Imelda Chimbaco Pérez

Fecha de registro cualitativo 26 05 2025

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

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

Observaciones generales

Steban David es un niño alegre y jugueton, participa en las actividades pedagogicas, su lenguaje es claro, comparte con sus compañeros alegremente de los juegos, cantos, dinamicas, se encuentra dentro del perfil. esperada ya que cumple con los items acordes a su edad.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Flor Imelda Chimbaco Pérez

Fecha de registro cualitativo 26 08 2025

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

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

Observaciones generales

Steban es un niño alegre, comprensta y jugueton disfruta de las actividades, donde a traves del juego explora, desenv y crea. se encuentra dentro del perfil esperado, desarrollando las actividades acordes a su edad

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Flor Imelda Chimbaco Perez

Fecha de resgistro cualitativo Día 20 Mes 11 Año 2025

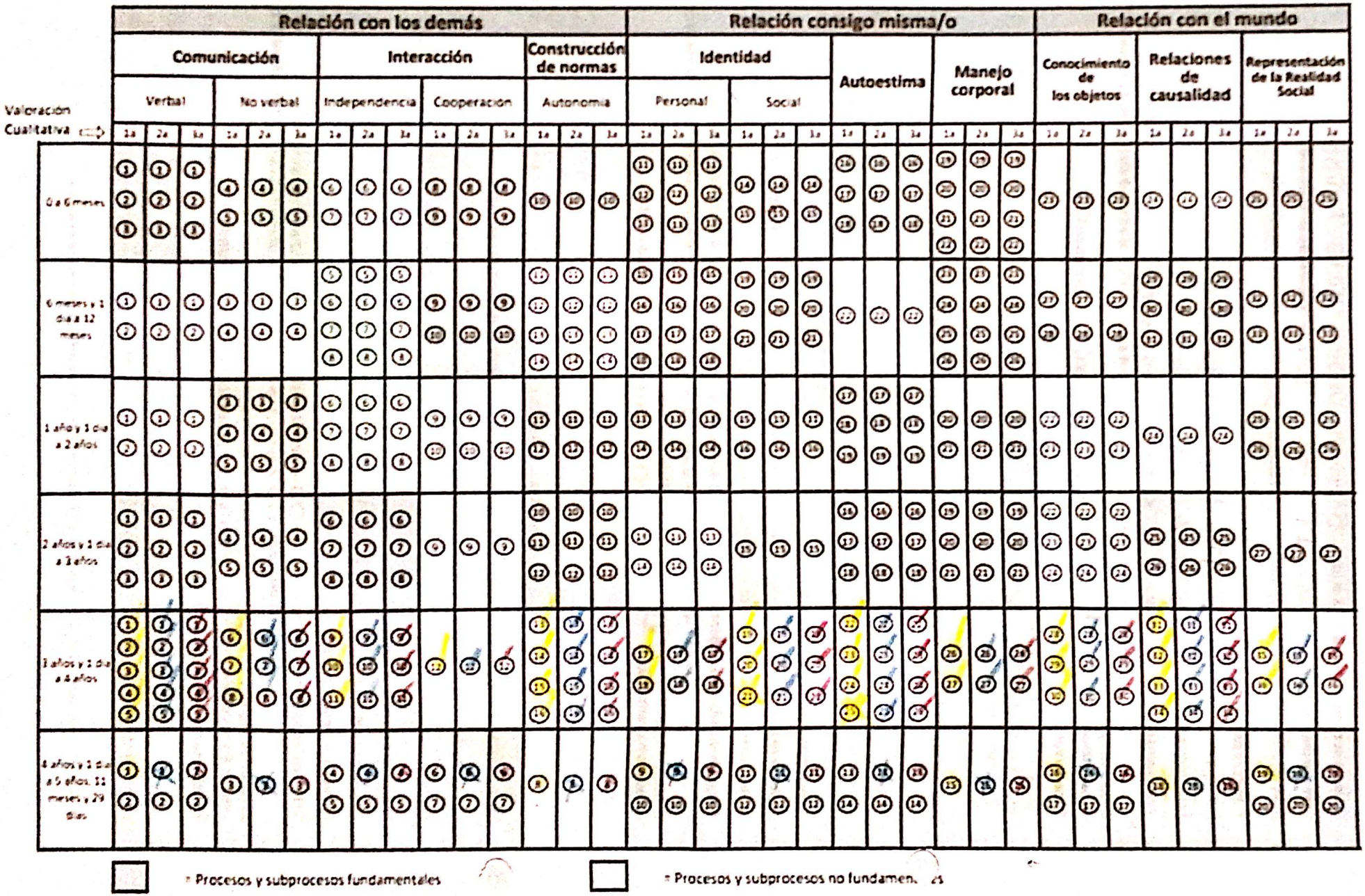
Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ ⊗ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

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

Observaciones generales

Steban David es un niño alegre y muy jugueton, comparte con sus compañeros de juegos y juguetes, le gusta moldear plastilina y armar figuras, escoge sus compañeros de juego, es independiente se encuentra dentro de un perfil esperado, cumpliendo con los items acordes a su edad.

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


Relación con los demás
Relación consigo misma/o
Relación con el mundo
Comunicación
Interacción
Construcción de normas
Identidad
Autoestima
Manejo corporal
Conocimiento de los objetos
Relaciones de causalidad
Representación de la Realidad Social
Verbal
No verbal
Independencia
Cooperación
Autonomía
Personal
Social
Valoración Cualitativa
1a
2a
3a
0 a 6 meses
6 meses y 1 día a 12 meses
1 año y 1 día a 2 años
2 años y 1 día a 3 años
3 años y 1 día a 4 años
4 años y 1 día a 5 años 11 meses y 29 días
= Procesos y subprocesos fundamentales
= Procesos y subprocesos no fundamentales