CORPORACIÓN Huellas de Amor Para Tu Vida NIT 900192801-0	HOJA DE CONTROL CARPETA BENEFICIARIO	VERSION: 002-2025

NOMBRE	THALIANA QUINTERO ANDAPIÑA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1075809921
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	26-02-2025

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

CORPORACIÓN
Huellas de Amor
Para Tu Vida

NIT 900192801-0

FICHA DE MATRICULA

UNIDAD DE SERVCIO: VILLA MERCEDES



MUNICIPIO: NATAGA

NIVEL:

FECHA DE INGRESO:			NIVEL A QUE INGRESA
26	02	2025	

NOMBRE COMPLETO USUARIO	THALIANA QUINTERO ANDAPIÑA
NUMERO DE DOCUMENTO	1.075.809.921
CIUDAD Y FECHA DE NACIMIENTO	5/01/2021
EDAD	4 AÑOS
DIRECCION DE RESIDENCIA	Carrera 3B No. 3 Sur. 60
SEGUNDA DIRECCION	
TELEFONOS	3214076370
ESTRATO HOGAR	B 7
PUNTAJE SISBEN – No FICHA	B 7
CRITERIO DE FOCALIZACION	
AFILIACION A SALUD	EPS Sanitas
NOMBRE DEL PADRE (niñ@s)	
OCUPACION	
NUMERO DE CONTACTO	
NOMBRE DE LA MADRE (niñ@s)	Yurani Andapiña vargas
OCUPACION	ama de casa
NUMERO DE CONTACTO	3214076370
NOMBRE ACUDIENTE	Yurani Andapiña vargas
OCUPACION	
NUMERO DE CONTACTO	
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:	Yurani Andapiña vargas
PARENTESCO	mama
TELEFONO	3214076370
AUTORIZACION PARA RECOGER (niñ@s)	LEIDY NATALIA cardenas Andapiño
CEDULA	7.004.473.047
PARENTESCO	Hermana

Yurani Andapiña vargas
FIRMA ACUDIENTE / PADRE DE FAMILIA

Martha Cecilia Avella P
NOMBRE DOCENTE

FIRMA COORDINADOR

CORPORACIÓN
Huellas de Amor
Para Tu Vida

3

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

ACTA DE COMPROMISO

Fecha 26/02/25
Yo, Yurany Andapina Vargas Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía N° 55197683 Expedida en Vatagg Padre, Madre y/o acudiente de Thaliana Quintero Andapina Residente en el Municipio de Vatagg. en la Dirección K 3A C 35 58 Teléfono 3214076310 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 èl 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: Martha Cecilia Ardila P

Yo Martha Cecilia Ardila P. 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 Martha Cecilia Ardila P

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 Thaliana Quintero Andapiña, identificado (a) con documento de identidad número 1.076.809.921, 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, Yurani Andapiña Vargas, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 55.197.687, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por 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 sueños infantiles

Suscriben:

Firma: Yurani Andapiña Vargas
Nombre: Yurani
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3274076370
Fecha: 26/02/25
Municipio: Natagá

CORPORACIÓN
Huellas de Amor
Para Tu Vida

5

NIT 900192801-0

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

FECHA: 26/02/25

MUNICIPIO: Nátaga

UNIDAD DE SERVICIO: CDI VILLA MERCEDES SUEÑOS INFANTILES

YO, Yurani Andapiña Vargas con CC 55.197.683
Padre, acudiente o representante legal del niño /niña Thaliana Quintero Andapiña
Con registro civil No 1.075.809.921 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

Yurani Andapiña Vargas
FIRMA ACUDIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

CEDULA: 55197683

CORPORACIÓN
Huellas de Amor
Para Tu Vida

6

NIT 900192801-0

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

UDS: CDI villa mercedes sueños Infantiles

ACUERDO

Yo, Yurani Andapina Vargas, identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. 55.197.683 expedida en Nátaga, autorizo al encargado legalmente del Centro del Desarrollo Infantil CDI villa mercedes sueños Infantile 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) Thaliana Quintero Andapina del nivel _____ en el caso eventual que llegase a presentar una novedad de salud al interior del CDI.

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

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

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

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

PADRE Y/O MADRE

NOMBRE: Yurany Andapina Vargas

FIRMA: Yurany Andapina Vargas

C.C. 55197683

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 Yurani Andapiña Vargas, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 55.197.683 de _____, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Thaliana Quintero Andapiña, identificados con NUIP No. 1.075.809.921, usuario de la unidad de servicio _____, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

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

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

Nombre: Yurani Andapiña

Firma: Yurani Andapiña vargas

CC. No. 55797683

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: MARTHA CECILIA ARDILA PERDOMO

Firma: Yurani Andapiña vargas

CC. No. 55797683

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

8

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: 26/02/25

NOMBRE UDS: CDI villa mercedes sueños infantiles

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

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

En constancia firma:

Yuras Andapiña Vargas

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

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1075809921

Indicativo Serial 61754491

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código K 3 W

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - HUILA - NEIVA NOTARIA 1 NEIVA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
QUINTERO	ANDAPIÑA

Nombre(s)

THALIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes ENE Día 05	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - HUILA - NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: ESCRITURA PUBLICA

Número certificado de nacido vivo:

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

Apellidos y nombres completos: ANDAPIÑA VARGAS YURANI

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 55197683	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: QUINTERO ARIAS HOLMER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 12280033	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: QUINTERO ARIAS HOLMER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 12280033	Holmer Quintero A.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes MAY Día 12	CAROLINA DUERO VARGAS (E) Nombre y firma

Notaría Única

Cadena S.A.

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

10

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 01/11/2025

Ficha: 41483320704200000814

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: THALIANA

Apellidos: QUINTERO ANDAPIÑA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1075809921

Municipio: Nátaga

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 13/07/2023

Última actualización ciudadano: 13/07/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: VICTOR HUGO ARIAS ANDAPIÑA

Dirección: Carrera 8 No 2 - 43

Teléfono: 3156304407

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

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1075809921
NOMBRES	THALIANA
APELLIDOS	QUINTERO ANDAPIÑA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NATAGA

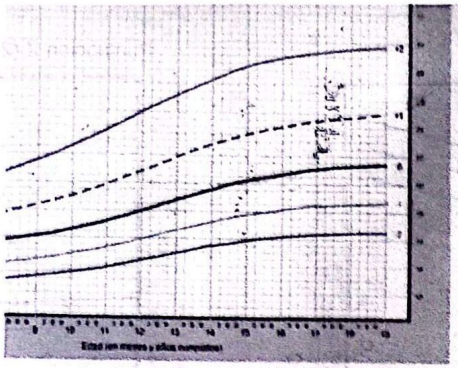
Datos de afiliación :

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

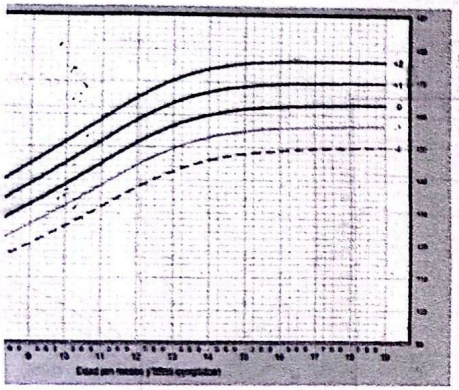
Fecha de Impresión:	11/01/2025 15:26:29	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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



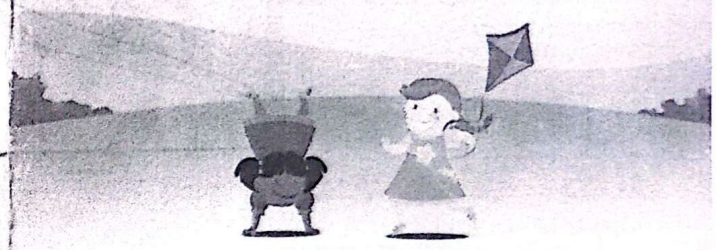
Edad Niñas
(5 a 17 años)





AÑO	MES	DÍA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2021	Marzo	8	8:50	✓	
2021	Mayo	15	llamar		
2021	Julio	03			
2021	Agosto	06	llamar		
2021	Octubre	05	llamar		
2022	Enero	05	llamar		
2022	Julio	06	llamar		
2022	Enero	05	llamar		
2024	Enero	05	llamar		
2024	Enero	05	llamar		
2025	Marzo	01	Gripa		
2026	Enero	13	Medico		

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



CARNÉ DE SALUD MENORES DE 10 AÑOS NIÑAS

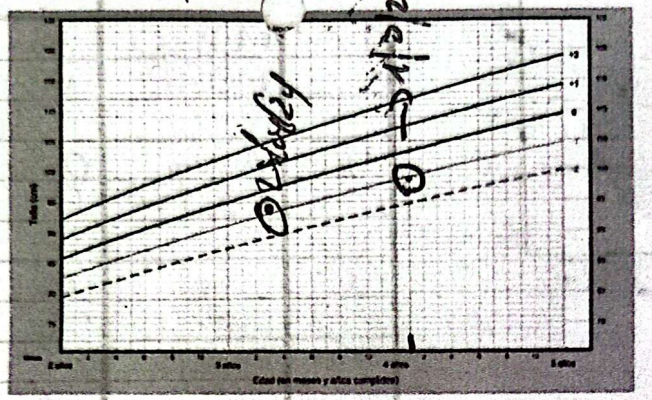
Nombre Thatiana Andarina Vargas
Fecha de Nacimiento 5/ene/2021
Registro Civil 1075809921
Teléfono 3214570211
Dirección
Barrio o Vereda Juan Felipe Londoño
Nombre Responsable del Niño
Yurany Andarina Vargas
EPS Afiliación comfamiliar
Sitio de Atención Nataga Huila

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

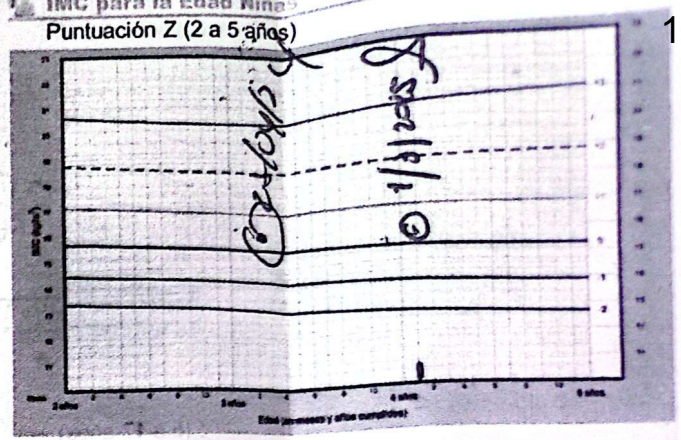
so para la Talla Niñas
ntuación Z (0 a 2 años)



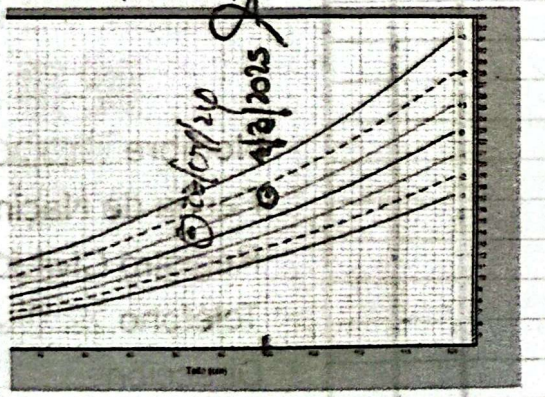
Talla para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)



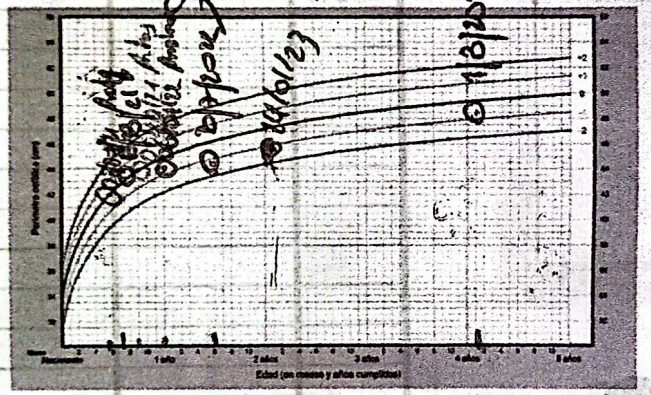
IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)



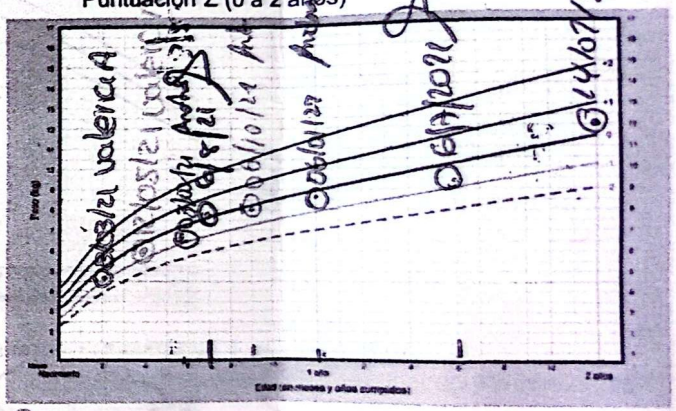
so para la Talla Niñas
ntuación Z (2 a 5 años)



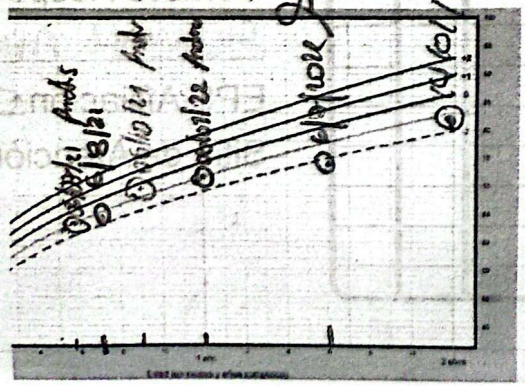
Perímetro Cefálico Niñas
Puntuación Z (0 a 5 años)



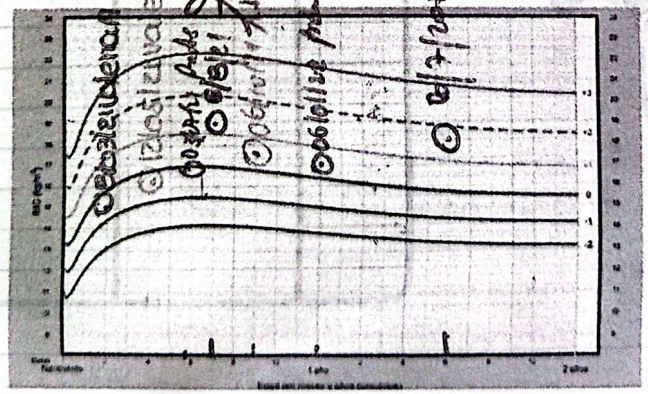
Peso para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)



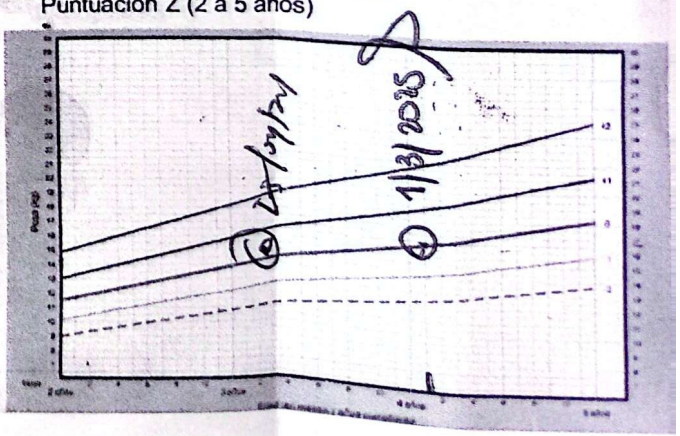
alla para la Edad Niñas
untuación Z (0 a 2 años)



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



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



OGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

momento de nacer — Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

e el primer mes de vida — Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA

d	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
ses			
ses			
ses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
1)			
2)			

os niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina
1 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de
o al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

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

dos los niños se debe realizar toma de TSH al momento
er para estudio de hipotiroidismo.

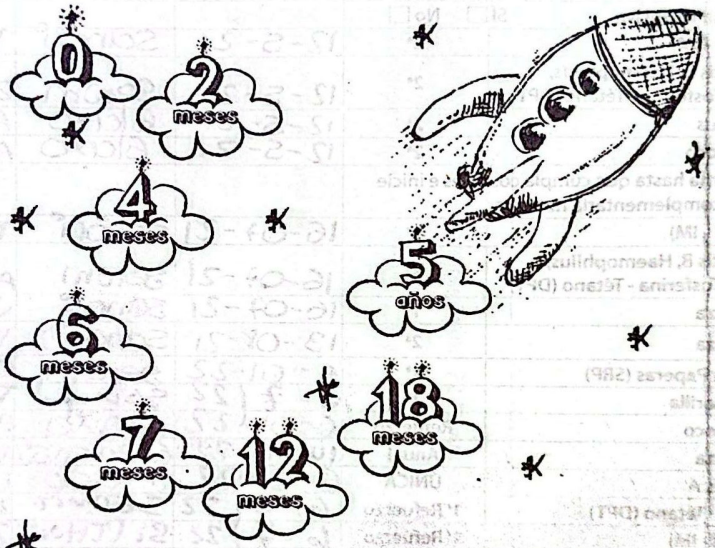
portado TSH:	
rificación:	
nal que verificó:	

Exíjalo

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

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

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



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI — de cero a Siempre

MinSalud

Vacunas al día, se la ponemos fácil

Quintero Vargas

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Thaliana Andapiña Vargas
Fecha de nacimiento: 05-01-2021
Nº de certificado de nacido vivo: 16280 4322
Registro civil: 1075809921
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: O Positivo
Peso al nacer: 2645 gramos
Dirección: B/ Juan Felix.
Teléfono: 3214750211
Responsable: Yinany Andapiña
Municipio de residencia: Neiva
Departamento: Huila

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

nbre: _____ Registro Civil: _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
én Nacido	Tuberculosis B.C.G.	Única	09-01-2021	Serum	03798215	C. Emisoras		Jenner Castellanos
	Hepatitis B	Recién nacido	09-01-2021	Serum	0320 Y013D	C. Emisoras		Jenner Castellanos
	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	8-03-2021	Sanofi	T3D891V			
Meses	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	8-03-2021	Serum	28SOXCOSA	H. Natagá	09-03	Damaris
	Rotavirus	1ª	8-03-2021	Glaxo	ARDLA65AA		2021	
	Neumococo	1ª	8-03-2021	Glaxo	ASPNB288AA			
	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	12-5-21	Sanofi	T3D891V.			
Meses	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	12-5-21	Serum	28SOXCO8C	H. Natagá		
	Rotavirus	2ª	12-5-21	Glaxo	ARDC65AA			
	Neumococo	2ª	12-5-21	Glaxo	ASPNB288AA			
	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	16-07-21	Sanofi	T3D891V			
Meses	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	16-07-21	Serum	AROL	H. Natagá		
	Influenza	1ª	16-07-21	Sanofi	V3B871V.	H. Natagá		
Meses	Influenza	2ª	13-08-21	Sanofi	V3B871V	H. Natagá		
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	6-01-22	Serum	01BONI28A	ESE Natagá		
	Flebre Amarilla	1ª	6-7-22	Sanofi	T3J551	H. Natagá		
2 Meses	Neumococo	Refuerzo	6-01-22	Glaxo	ASPNB015BA	ESE Natagá		
	Influenza	Anual	14-10-22	Green cross	V5022006	H Natagá		
	Hepatitis A	ÚNICA	6-01-22	Merck	U 009425	ESE Natagá		
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo	6-7-22	Serum	28201002	H. Natagá		
8 Meses	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo	6-7-22	Sanofi	2105000	H. Natagá		
	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
5 Años	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	3-2-24	Serum	0132U072B	H. Natagá		
	VPH	1ª						
Niñas 9 Años o más	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
	Varicela	1	6-01-22	Merck	U033854	ESE Natagá		
	Sarampion- Rubeola	R	9-01-22	Serum	C1Z160235	ESE Natagá		
Vacunas olementarias otras dosis	COVID Moderna	1	27-4-24	Moderna				
	Influenza	2	27-4-24	Glaxo	V5052400L	ESE Natagá		
	Covid Moderna	2	25-5-24	Moderna	032H23A	H Natagá		

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

14

HOSPITAL LUIS ANTONIO MOJICA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813011465 - 8

Paciente: THALYANA QUINTERO ANDAPIÑA
Entidad: SANITAS EPS S.A.S. EN INTERVENCION B.M.T.P. SUBSIDIADO PROMOCION Y PREVENCION
Afiliacion: **Identificación:** RC No. 1075809921
Atención: 10056115 **Servicio:** CONSULTA EXTERNA
Formula: 10050550 **Fecha Formula:** 01/mar./2025
Residencia:
Telefono: 3138527936 **Edad:** 4 Años **Sexo:** F
Diagnóstico Z001 CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO
DxR1: Z010 **DxR2:** **DxR3:** **DxR4:**

Formula Médica (Medicamentos - Materiales e insumos P.O.S) **Reclamar el día:** 01/mar./2025

Medicamento - Material e Insumo	Posologia	Cant	D/T	Observaciones
Albendazol 400 mg/20mL (2%) suspensión oral	ADMINISTRAR DOSIS UNICA	1	1	
Sulfato Ferroso 4gr/100ml Fe/mL Jarabe 120ml	ADMINISTRAR VIA ORAL 4 CC CADA DIA.	1	1	
Vitamina A (acetato o palmitato) 50.000 UI tableta. gragea o cápsula	ADMINSITRAR DOSIS UNICA	4	4	

Observaciones Generales

DIANA CAROLINA MARTINEZ RUIZ
ENFERMERO JEFE
Registro Medico No. 28091

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 vacio, o después de alimentos.**
- **Utilizar la dosis indicada.**
- **.ilizar la vía 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 Nataga - Huila	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	
	Versión 2	Código:3487
	Fecha 2024	Página 71 de 81

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	QUINTERO ANDAPIÑA						
Nombres	THALIANA						
Documento de identidad	RC	X	TI		Nº 1075809921		
Fecha de Nacimiento	5/01/2021					Edad	4 AÑOS
Sexo	FEMENINO						
Estado Civil	SOLTERO				EPS	Sanitas	
Escolaridad	ESTUDIANTE				REGIMEN	SUBSIDIADO	

ANTECEDENTES

Personales	SI		NO	X	Cual?
Familiares	SI	X	NO		Cual? HTA + DM2
Alérgicos	SI		NO	X	Cual?
Quirúrgicos	SI		NO	X	Cual?
Infectocontagiosas	SI		NO	X	Cual?
Otros					

CONCEPTO PARA VALORACIÓN

ANAMNESIS	ASINTOMATICA								
PESO	17,65	TALLA	101	FC	86	FR	16	PC	45 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

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

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: Thalyana Quintero AndaPiña.

Historia Clínica: 1075809921

Fecha de Nac.: 5-01-2021

E.P.S: Sanitas.

Dir: B/ Juan Felix Londoño.

Tel: 3138527936

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

16

Motivo	Dia	Mes	Año	A.	N.A	Observaciones
odontologia	18	03	2025			
odontologia	25	9	25	✓		
Higiene oral	25	9	25	✓		Angelci Cruz Auxiliar en Salud Oral
Higiene oral	26	3	26			

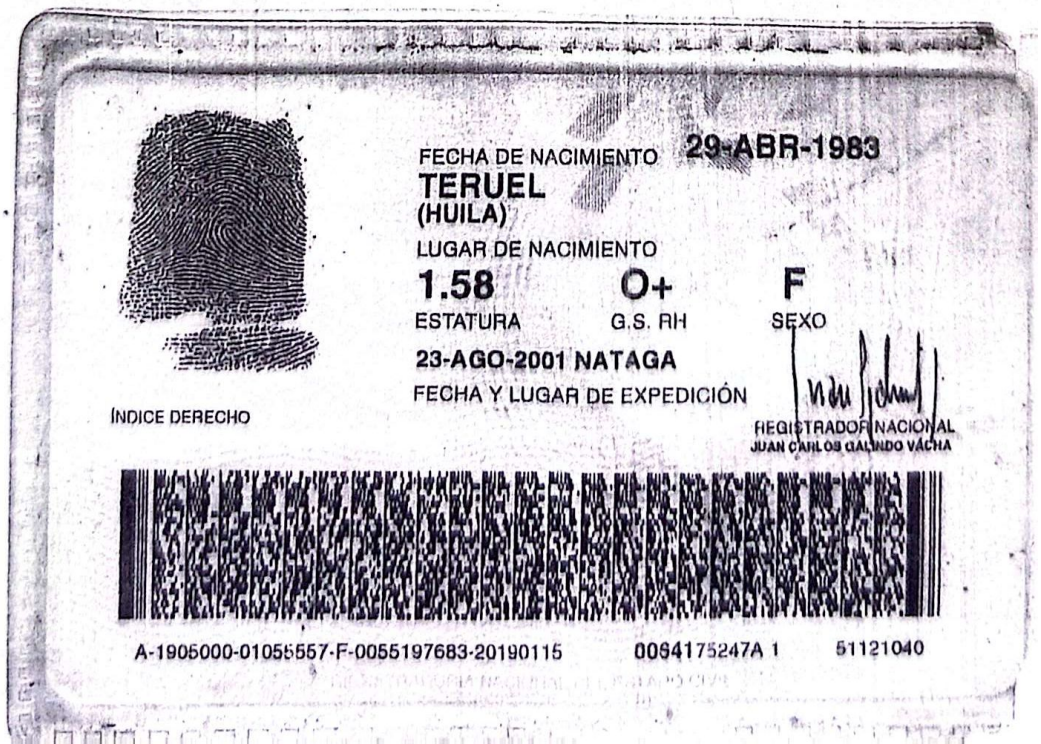
No olvidar traer este carnet todas las veces que asista a control con Medicina, Odontología y Enfermería. Al solicitar citas sera exigido.



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 55.197.683
ANDAPIÑA VARGAS
APELLIDOS
YURANI
NOMBRES

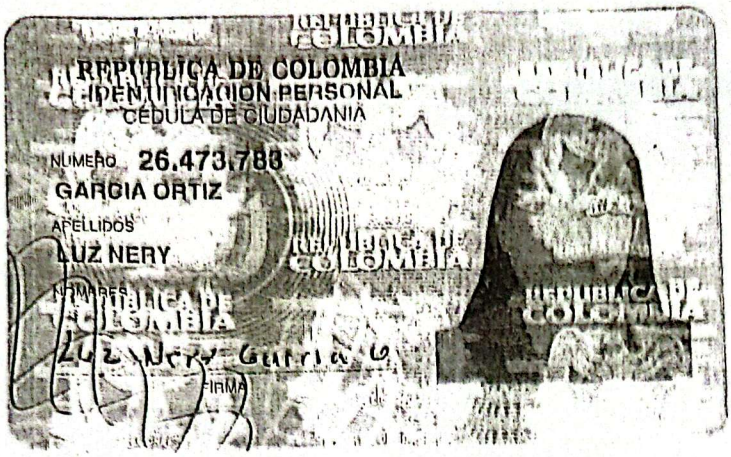
yurani andapina vargas
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-ABR-1983
TERUEL
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-AGO-2001 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1905000-01055557-F-0055197683-20190115 0094175247A 1 51121040


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 26.473.788
GARCIA ORTIZ
APELLIDOS
LUZ NERY
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 17-NOV-1969
NATAGA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
O+
F
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
14-DIC-1987 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1905000-00184369-F-0026473783-20091009
0016986680A 2
21051906

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

Sr(a): FIDUCIARIA BOGOTA S.A.
c.c. / Nit: 8300558977
K 3A C 3S 58
Municipio: 483 NATAGA HUILA Ruta: 44830024900
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 2-NATAGA LIBRE 2

NIU Número de Cuenta NIU
8647711129
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No. 79279321
Fecha De Emisión 17/11/2023

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
11 / 2023	14/10/23-14/11/23	$176,030	$176,030	0 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Estrato: 1-Bajo Bajo
Zona: OCCIDENTE
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Carga Instalada: 0 W
Nodo: T19503-PCNP
Tipo Liqui.: lectura

Costo Unitario de Prestación de Servicio

Generación	372.3
Transmisión	47.02
Distribución	250.01
Restricciones	18.01
Pérdidas	76.74
Comercialización	120.94
Costo Unitario	885.02
Tarifa Aplicada	871.311

Datos del Consumo

Medidor	Marca	TM	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	FM	Consumo
-4603307261	RYM	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	1043	1000	1	43

Indicadores De Calidad Individual

Nodo T19503 Grupo Calida 31

Horas a compensar	0
Compensacion por evento	0
Meta Calidad opr Duración	81.02
Meta calidad por eventos	27
Eventos acmulados año	38
Duracion acumulador año	39.79
Consumo a compensar	0
Cargo distribución	264.7

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	37,466
295	Subsidio	<22,479>

Ultimos Consumos

Año	Mes	Consumo
2023	10	39
2023	9	50
2023	8	43
2023	7	59
2023	6	21
2023	5	56

Promedio Cuenta: 44
Consumo Año Anterior: 1

Indicadores De Calidad Individual Retroactivo

Nodo 6560101 Grupo Calida 31

Horas a compensar	0
Compensacion por evento	
Meta Calidad opr Duración	81.02
Meta calidad por eventos	27
Eventos acmulados año	37
Duracion acumulador año	51.74
Consumo a compensar	1.01
Cargo distribución	250.3

Liquidación de Consumo

Medi	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	43 0	348.5244	$14.987

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Tasa de Interés 0.00 %

Total cuota Financiación 0

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total Electrohuila	$14,987
Total Servicio de Aseo	$0
Total Alumbrado Público	$2,098
Total Otros Cobros	$158,945
Total a Pagar	$176,030

CUFE

FOES

Kwh
$/Kwh
Total
N. Fact

Ultimo Pago

$174,340
21/10/2023
Emitida Por: EDEVIA
Pag: 1054

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento: 24/11/2023
Suspensión a Partir del:

Línea de transparencia

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

(415)7707274499679(8020)0864771129(3900)0000176030(96)20231124

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

seguros mundial®

Accidentes personales

Protegemos tus pasos



Línea de atención

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

Conoce nuestra **red médica**

Página web:
www.segurosmundial.com.co

Nº Póliza: 2000514557

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: THALIANA QUINTERO ANDAPINA

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1075809921	2025/02/24	2026/02/24

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

En caso de accidente comunicate 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

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 Yuran Andapiña Vargas ,identificado con la cédula de ciudadanía N° 1579683 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: Yurani Andapiña Vargas

C.C N°: 55749683 DE

DOCENTE: Martha Cecilia Ardila P

AUXILIAR: Yeni Alexandra Torres Acosta

COORDINADOR (A):

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad Natagá

Nombre completo de la niña o niño Thatiana Quintero Andapina

Fecha de nacimiento 05 01 2021 **N° Documento de Identidad** 1075609421

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Martha Cecilia Ardila P

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

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 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)*

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Martha Cecilia Ardila P

Fecha de resgistro cualitativo 26 11 2025

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

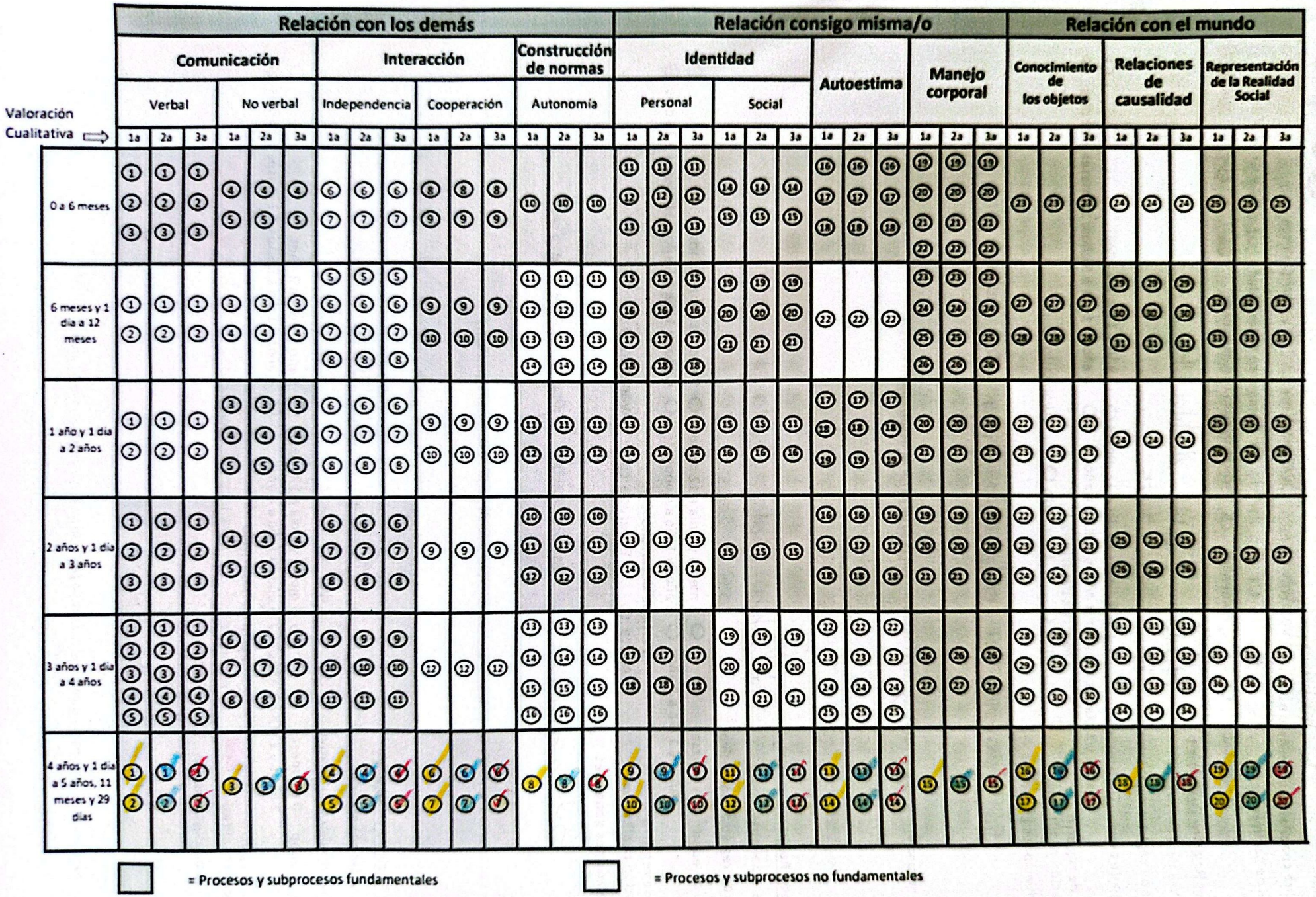
Color de registro valoración cualitativa 

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ⊗ Avanzado ○

Observaciones generales

Su desarrollo es adecuado para su edad

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