CORPORACIÓN Huellas de Amor Para Tu Vida NIT 900192801-0	HOJA DE CONTROL CARPETA BENEFICIARIO	VERSION: 002-2025
NOMBRE	Yiviam Dariana Aviama Zuñiga	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1084.579.901	
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	26-02-2025	

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

CORPORACIÓN
Huellas de Amor
Para Tu Vida

NIT 900192801-0

FICHA DE MATRICULA

UNIDAD DE SERVCIO: VILLA MERCEDES



MUNICIPIO: NATAGA

NIVEL:

FECHA DE INGRESO:			NIVEL A QUE INGRESA
26	02	2025	

NOMBRE COMPLETO USUARIO	Viviam Dariana Aviramo Zuñiga
NUMERO DE DOCUMENTO	1.084.579.901
CIUDAD Y FECHA DE NACIMIENTO	16/04/2021 la plata (H)
EDAD	3 años 10 Meses
DIRECCION DE RESIDENCIA	Vereda el Triunfo
SEGUNDA DIRECCION	
TELEFONOS	3102499089
ESTRATO HOGAR	1
PUNTAJE SISBEN – No FICHA	A5
CRITERIO DE FOCALIZACION	Sisben
AFILIACION A SALUD	Sanitas - Contributivo
NOMBRE DEL PADRE (niñ@s)	Daniel Stiven Aviramar Vargas
OCUPACION	fiel de compras
NUMERO DE CONTACTO	3112606116
NOMBRE DE LA MADRE (niñ@s)	Brigith Tatiana Zuñiga Paya
OCUPACION	Ama de casa
NUMERO DE CONTACTO	3102499089
NOMBRE ACUDIENTE	Brigith Tatiana Zuñiga Paya
OCUPACION	Ama de casa
NUMERO DE CONTACTO	3102499089
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:	Maria Luvia Rojas
PARENTESCO	Abuela
TELEFONO	3223484344
AUTORIZACION PARA RECOGER (niñ@s)	Ingrid fernanda Paya
CEDULA	1.061.748.218
PARENTESCO	Tia

Tatiana Zuñiga Paya
FIRMA ACUDIENTE / PADRE DE FAMILIA

Daniela A Narvaez R
NOMBRE DOCENTE

FIRMA COORDINADOR

CORPORACIÓN Huellas de Amor Para Tu Vida

NIT 900192801-0

ACTA DE COMPROMISO

Fecha 26-02-2025
Yo, Brigith Tatiana Zuñiga Paya Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía N° 1084.579.445 Expedida en Pataga H Padre, Madre y/o acudiente de Viviam Darcana Auirama Zuñiga Residente en el Municipio de Pataga en la Dirección Vereda el triunfo Teléfono 3102499089 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: Tatiana

Yo Daniela Andrea Nosque Ramirez como docente me comprometo a cumplir los lineamientos del programa ICBF y normatividad vigente, así mismo velare por cumplir y hacer lo posible porque se cumplan los derechos de los niños y niñas a mi cargo.

FIRMA DOCENTE Daniela A Nosque R

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:
Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Viviam Pariana Aurama Zuniga, identificado (a) con documento de identidad número 1084579901, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	x	Audios	x	Videos	x	Otros datos personales	x

Autorización - Uso imagen del titular:
Yo, Brigith Tatiana Zuniga Paya, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1084.579445, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	x	Audios	x	Videos	x	Otros datos personales	x

La autorización comprende:

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

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

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

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

Suscriben:

Firma: Tatiana Zuniga Paya
Nombre: Brigith Tatiana Zuñiga Paya
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 310 249 9089
Fecha: 26-02-2015
Municipio: Yotaga (H)

CORPORACIÓN
Huellas de Amor
Para Tu Vida

NIT 900192801-0

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

FECHA: 26-02-2025

MUNICIPIO: Natagá (H)

UNIDAD DE SERVICIO: CDI VILLA MERCEDES SUEÑOS INFANTILES

YO, Brigith Tatiana Zuñiga Paya con CC 1.084.579.445
Padre, acudiente o representante legal del niño /niña Vivian Dariana Aurama Zuñiga
Con registro civil No 1084.579.907 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**

Tatiana Zuñiga Paya
FIRMA ACUDIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

CEDULA: 310 249 90 89

CORPORACIÓN
Huellas de Amor
Para Tu Vida

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

NIT 900192601-0

ACTA DE GRATUIDAD DEL SERVICIO

DIRIGIDO A:

PADRES DE FAMILIAS Y/O CUIDADORES DE NIÑOS Y NIÑAS

FECHA: 26-02-2025

NOMBRE UDS: CDI Villa Mercedes Sedes 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:

Tatiana Zuñiga Paya

FIRMA
NOMBRE PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE: Brayith Tatiana Zuñiga Paya
N° DOCUMENTO IDENTIDAD: 1.084.579.445

CORPORACIÓN

Huellas de Amor
Para Tu Vida

NIT 900192801-0

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

UDS: CDI Villa Mercedes Sueños Infantiles

ACUERDO

Yo, Brigith Tatiana Zuñiga P, identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. 1.084.579.445 expedida en Neiva H, autorizo al encargado legalmente del Centro del Desarrollo Infantil CDI Villa Mercedes Sueños I o a la persona que haga sus veces en el CDI para que se desplacen del CDI al Centro de Salud más cercano a mi hijo (a) Viviam Dariana Quiroga Zuñiga 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: Brigith Tatiana Zuñiga Paya

FIRMA: Tatiana Zuñiga Paya

C.C. 1.084.579.445

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 Brigith Tatiana Zuñiga Paya, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.084 579 445 de Nataga H, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Viviam Dayana Aurama Zuñiga identificados con NUIP No. 1.084 579 901, usuario de la unidad de servicio CDI Villa Mercedes Sueño I, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

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

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

Nombre: Brigith Tatiana Zuñiga Paya

Firma: Tatiana Zuñiga Paya

CC. No. 1084 579 445

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Daniela Andrea Nosue Ramirez

Firma: Daniela A Nosue R.

CC. No. 1.004.473.253

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.084.579.901

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59236252

59236252

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE NATAGA - COLOMBIA - HUILA - NATAGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
AVIRAMA	ZUÑIGA

Nombre(s)

VIVIAM DARIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes ABR Día 16	FEMENINO	O	[illegible]

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/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	163638120

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

ZUÑIGA PAYA BRIYITH TATIANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.084.579.445	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

AVIRAMA VARGAS DANIEL STIVEN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.084.579.435	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

AVIRAMA VARGAS DANIEL STIVEN

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.084.579.435	Daniel Stiven Avirama

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 ABR Día 20	CRISTOBAL VILLANUEVA ARAGONEZ - R Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil 27719049-5

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

[illegible] EN ESTA OFICINA [illegible]

CRISTOBAL VILLANUEVA ARAGONEZ
REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

20 ABR 2021

OFIXPRES [illegible] 100238573

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

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

Ficha: **41483003503700000192**

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: VIVIAM DARIANA

Apellidos: AVIRAMA ZUÑIGA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1084579901

Municipio: Nátaga

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **16/11/2018**

Última actualización ciudadano: **12/03/2024**

Última actualización via registros administrativos: **25/11/2023**

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: VICTOR HUGO ARIAS ANDAPIÑA

Dirección: Carrera 8 No 2 - 43

Teléfono: 3156304407

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

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

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

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	1084579901
NOMBRES	VIVIAM DARIANA
APELLIDOS	AVIRAMA ZUÑIGA
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 15:14:55	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

25 de abril del 2025

Señores:

CDI Villa Mercedes

Nataga Huila

Cordial saludo:

La presente es para comunicarles que debido a que fui retirada de la eps Sanitas junto con mi hija Viviam Dariana Avirama, no he podido llevarla al control de desarrollo y crecimiento y asi mismo la papeleria faltante en el Cdi, actualmente estoy realizando el debido proceso de afiliación pero es un poco demorado.

Pido amablemente me den una espera para la entrega de papeleria, ya que es un tema que se me sale completamente de las manos.

Apenas logre afiliar a la niña y tenga la documentación disponible la hare llegar lo más pronto posible.

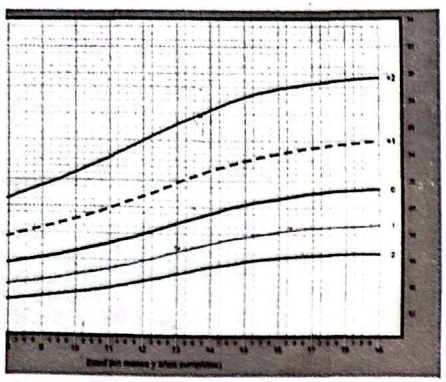
Muchas gracias por la atención prestada.

Att: Tatiana Zuñiga P.

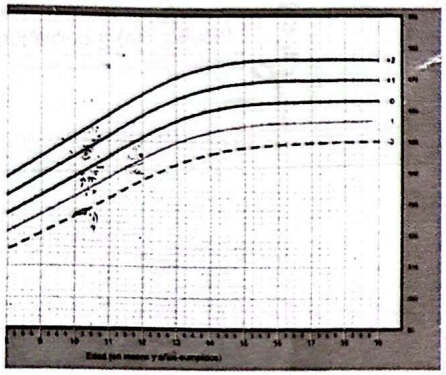
Briyith Tatiana Zuñiga Paya

Madre de la menor.

a Edad Niñas
Z (5 a 17 años)



a Edad Niñas
Z (5 a 17 años)

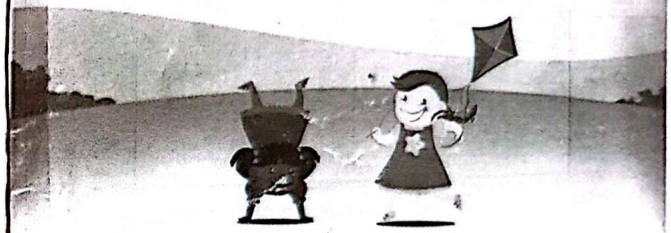




CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DÍA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2021	Mayo	29	11 Hyo	✓	
2021	Junio	16	Enf	✓	
2021	Agosto	18	MD.		
2021	Octubre	1	llamar		
2022	Enero	22	llamar		
2022	Abril	23	llamar	✓	
2022	Octubre	19	llamar	✓	
2023	ABRIL	18	llamar		
2022	NOVIEMBRE	16	llamar	✓	
2024	Abril	16	llamar		
2025	MAYO	21	llamar		
2026	ABRIL		Medico		

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

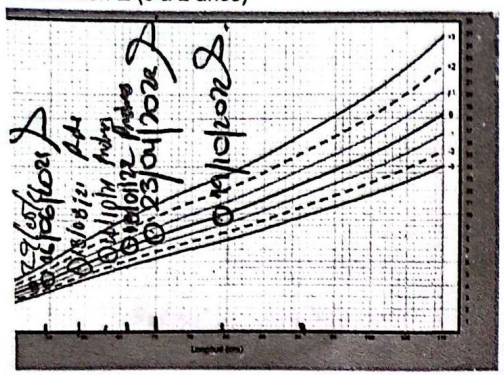


CARNÉ DE SALUD MENORES DE 10 AÑOS NIÑAS

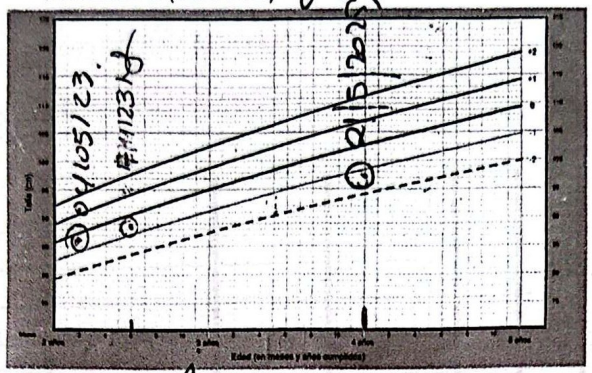
Nombre Yuliana Aurora Zuñiga
Fecha de Nacimiento 16/04/2019
Registro Civil 1084 579901
Teléfono 3184495009
Dirección
Barrio o Vereda Vda el Tuno
Nombre Responsable del Niño
Brigith Zuñiga
EPS Afiliación Coosalud
Sitio de Atención Nataga

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE

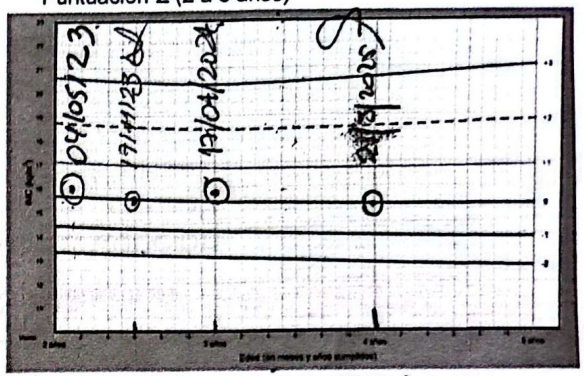
Puntuación Z (0 a 2 años)



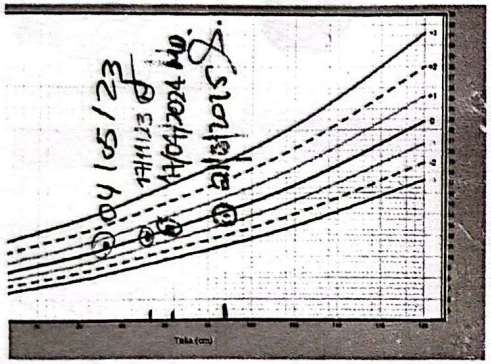
Talla para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)



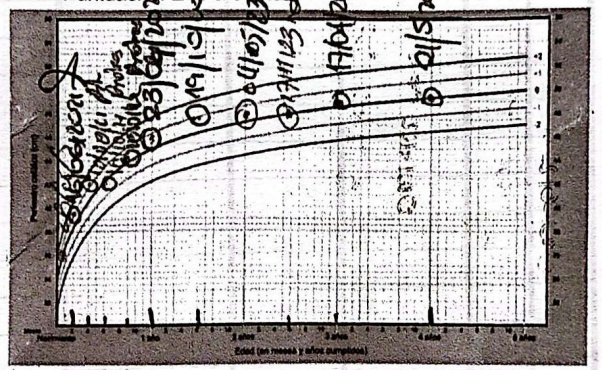
IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)



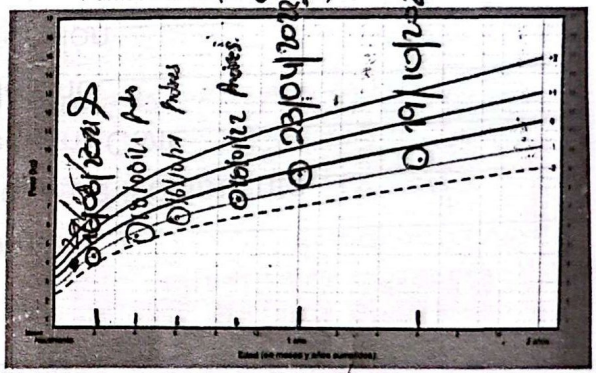
eso para la Talla Niñas
untuación Z (2 a 5 años)



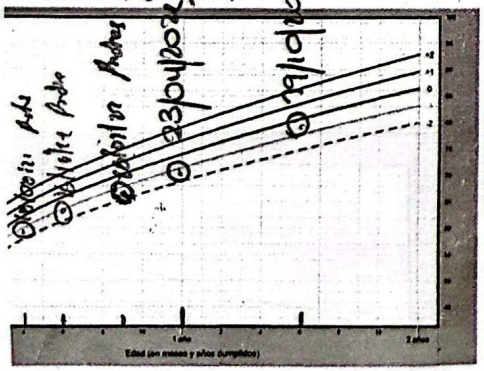
Perímetro Cefálico Niñas
Puntuación Z (0 a 5 años)



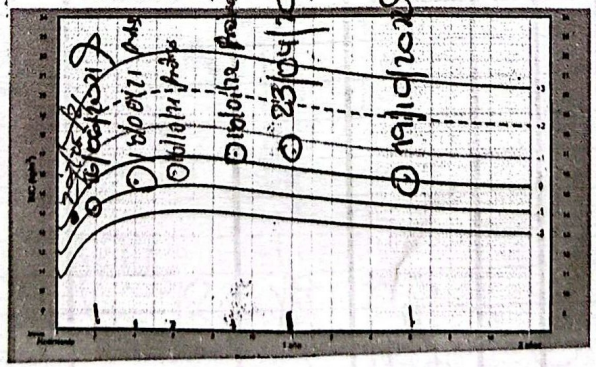
Peso para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)



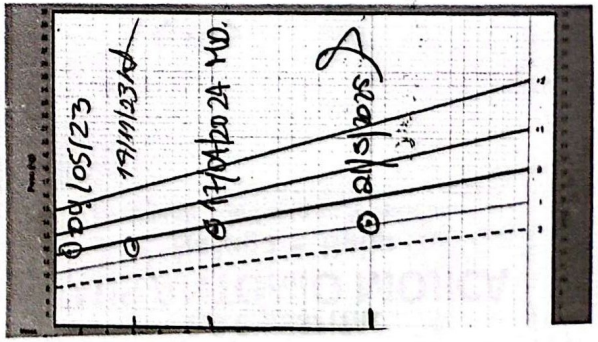
alla para la Edad Niñas
untuación Z (0 a 2 años)



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



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



RECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
CION E INSCRIPCIÓN TEMPRANA
acer **Fecha:**
IMER CONTROL MÉDICO
s de vida **Fecha:**
IMIENTO POR ENFERMERÍA

cha de cita ogramada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió

ben recibir suplementos con Hierro y Vitamina esde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de lo de la estrategia **AIEPI**.

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

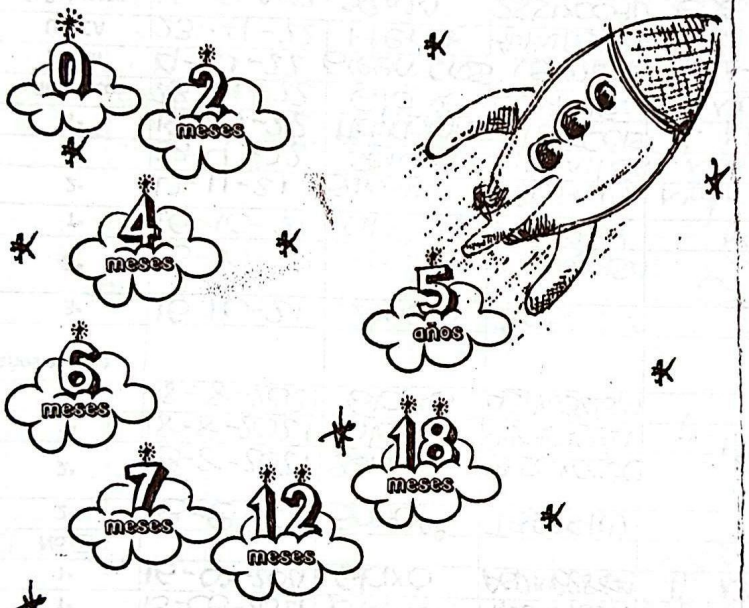
os se debe realizar toma de TSH al momento udio de hipotiroidismo.

H:	
ficó:	

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
Prevenir mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

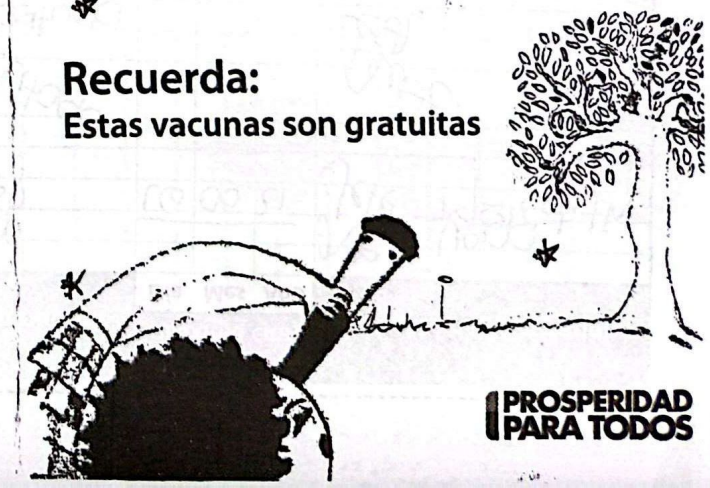
Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: VIVIAM D. AVIRANA ZUÑIG
Fecha de nacimiento: 16·04·21
Nº de certificado de nacido vivo: 1636381120
Registro civil: 1084579901
Sexo: femenino
Grupo sanguíneo: O Negativo
Peso al nacer: 2820 GRMOS T:46
Dirección: B. Progreso
Teléfono: 31[illegible]59059.
Responsable: Brayth Zuñiga
Municipio de residencia: Natagá
Departamento: Huila

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Registro Civil:

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 [X] No [ ]						
Tuberculosis B.C.G.	Única	16-04-21	Serum	037060D7	HOSP		Nini Vega
Hepatitis B	Recién nacido	16-04-21	Serum	032040B0	HOSP	16 06 21	Jefe Meredith
Lactancia materna exclusiva	Sí [ ] No [ ]						
Polio (Oral - IM)	1ª	16-6-2021	Sanofi	T3D891V			
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	16-06-2021	Serum	2850X008C	H. Natagá		
Rotavirus	1ª	16-06-2021	Glaxo	AROLG65A	H. Natagá		
Neumococo	1ª	16-07-2021	Glaxo	ASPNB288A	H. Natagá		
Lactancia materna exclusiva	Sí [ ] No [ ]						
Polio (Oral - IM)	2ª	18-8-2021	Sanofi	T3D891V			
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	18-8-2021	Serum	2850X008C	H. Natagá		
Rotavirus	2ª	18-8-2021	Glaxo	AROLG65A	H. Natagá		
Neumococo	2ª	18-8-2021	Glaxo	ASPNB288A			
Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
Polio (Oral - IM)	3ª	16-10-21	Sanofi	2105001A			
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	16-10-21	Serum	2850X035A	ESE Natagá		
Influenza	1ª	16-10-21	Sanofi	N3B871V			
Influenza	2ª	17-11-21	Sanofi	N3B871V	Natagá		
Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	28-4-22	Serum	0120N128A	Natagá		
Fiebre Amarilla	1ª	19-10-22	Flamguinos	212UTC015	H. Natagá		
Neumococo	Refuerzo	23-4-22	Glaxo	U0067725.	E. Natagá		
Influenza	Anual	19-10-22	Green Cross	1502220C6	H - Natagá		
Hepatitis A	ÚNICA	23-4-22	Merck	ADPNB315DA	ESE Natagá		
Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo	19-10-2022	Serum	2851X0070	ESE Natagá		
Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo		Bilthoven	2126CHA			
Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
Sarampión Rubéola Paperas (SRP) 18M	Refuerzo	18-4-2023	Serum	013INOSSA	ESE Natagá		
VPH	1ª						
VPH	2ª						
VPH	3ª						
Varicela	1	23-4-22	Merck	U0067722	ESE Natagá		
S-R	R	27-6-23	Serum	0122W017	ESE Natagá		
INFLUENZA	R	21-5-25	Glaxo	N505Z007	ESE Natagá		

Estas vacunas son gratuitas

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

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: ______

Nombre y Apellidos: Viviam Dariana. Avirama. Zuñiga.

Historia Clínica: 1084579904.

Fecha de Nac.: 18- 04- 21.

E.P.S: Sanitas.

Dir: V/ triunfo.

Tel: 3102499084.

CITA DE CONTROLES

Motivo	Dia	Mes	Año	A.	N.A	Observaciones
Higiene oral.	26-	3 -	25.			[illegible]
Higiene oral	27-	9 -	25.			[illegible]
Higiene oral	01-	-10	25.			Ana elci [illegible] 01/09/2026 [illegible]

Comuniquese con Nosotros

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

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	AVIRAMA ZUÑIGA			
Nombres	VIVIAM DARIANA			
Documento de identidad	RC X TI Nº 1084579901			
Fecha de Nacimiento	16/04/2021	Edad	3 AÑOS	
Sexo	FEMENINO			
Estado Civil	SOLTERO	EPS	Sanitas	
Escolaridad	ESTUDIANTE	REGIMEN	SUBSIDIADO	

ANTECEDENTES

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

CONCEPTO PARA VALORACIÓN

ANAMNESIS	ASINTOMATICA										
PESO	14.15	TALLA	97	FC	86	FR	16	PC	5	Tº	36
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

HOSPITAL LUIS ANTONIO MOJICA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 813011465 - 8

Paciente: VIVIAM DARIANA AVIRAMA ZUÑIGA
Entidad: SANITAS EPS S.A.S. EN INTERVENCION B.M.T.P. CONTRIBUTIVO PROMOCION Y PREVENCION
Afiliacion: **Identificación:** RC No. 1084579901
Atención: 10060805 **Servicio:** CONSULTA EXTERNA
Formula: 10053768 **Fecha Formula:** 21/may./2025
Residencia: V/EL TRIUNFO
Telefono: 3102499089 **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:** 21/may./2025

Medicamento - Material e insumo	Posologia	Cant	D/T	Observaciones
Albendazol 400 mg/20mL (2%) suspensión oral	DOSIS UNICA	1	1	
Sulfato Ferroso 4gr/100ml Fe/mL Jarabe 120ml	DAR 4 CC CADA DIA LUEGO HIGIENE ORAL	1	1	
Vitamina A (acetato o palmitato) 50.000 UI tableta. gragea o cápsula	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 vacío, o después de alimentos.**
- **Utilizar la dosis indicada.**
- **Utilizar 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"

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.084.579.445**

ZUÑIGA PAYA
APELLIDOS

BRIYITH TATIANA
NOMBRES



Briyith Tatiana Zuñiga P.
FIRMA



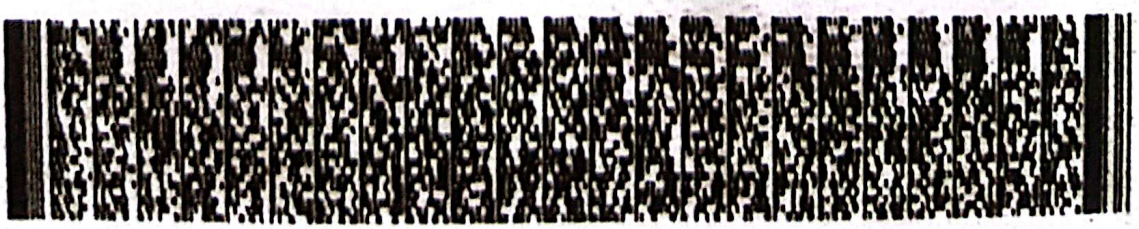
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-AGO-1999**
NATAGA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

31-AGO-2017 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-1905000-00944705-F-1084579445-20171009 0057958103A 2 45953944



FECHA DE NACIMIENTO 20-AGO-1999
NATAGA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-AGO-2017 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA
INDICE DERECHO
P-1905000-00944705-M-1084579435-20171009 0057958061A 2 45953937



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.084.579.435
AVIRAMA VARGAS
APELLIDOS
DANIEL STIVEN
NOMBRES
Daniel Stiven Avirama
FIRMA

ElectroHuila
Transmitimos buena energía
Nit 891 180 001-1

SU CODIGO CUENTA NIU
293719109

Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohuila.com.co FT -CFE -05 -001

AUTORETENEDORES DE RENTA, RESOL. No 54[illegible] 2002
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART. 4
RESOL . 000055 DEL 14/07/16 DIAN SOMOS GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 08/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

TOTAL A PAGAR
$ 189.250

FACTURA DE VENTA No. 84170734

Documento equivalente según
articulo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 23/DIC/2024

FECHAS DE LECTURAS: 04/OCT/2024 - 02/DIC/2024
FECHA SUSPENSIÓN: 26/DIC/2024

INFORMACION CLIENTE

Cliente	AVIRAMA JOSE HERMILO	Nit CC	4896903
Dirección	VDA. EL TRIUNFO	Ruta	6110520890
Municipio	NATAGA	Ciclo	093
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

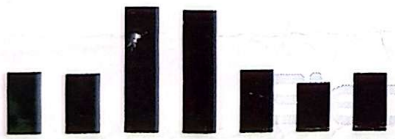
Nivel	1 SECUNDARIA	Circuito	6560023
Carga Contratada	216	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
6243109	KRI1	A	S	00	20626	20427	1	199

Promedio Cuenta 264 Consumo Año Anterior 193 Consumo Anterior 193

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
NOV	199
SEP	194
JUL	303
MAY	297
MAR	200
ENE	178
NOV	193

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU: DIU: HC:
EC: VC: VCD:
VCF: CEC:
Válor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 21/10/2024
Valor $ 108270

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
99.5	992.8057 =	98784
99.5	982.574 =	97766

CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)

Valor Total Energía del Periodo	$ 196.550
Valor (Subsidio/Contribución)	$ - 114.557
Valo[illegible] Energía Facturado	$ 81.993

ElectroHuila
Nit:891.180.001-1

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES		OTROS CARGOS	
CONSUMO PERIODO	$	196.550	$	0
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$	2.460	ALUMBRADO P $	2.460
AJUSTE DECENA	$	- 3	VALOR ELECTROHUILA $	186.790
SEGUROS ACCIDENTES MAPFRE	$	46.000		
SEGUROS EXQUIALES MAPFRE	$	58.800		
SUBSIDIO	$	- 114.557		

TOTAL A PAGAR
$ 189.250

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN CUOTA

FOES: Consumo Kwh $Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 416.0 Tm: 52.0 PRn,m: 96.0 Dn,m: 264.0 Rm: 1.0 Cv,m: 15
1.0 CUv,n,m: 982.574 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES

PROTEGEMOS TUS PASOS



Línea de Atención:

#899 desde celular | **Bogotá:** 327 4712 / 327 4713 **Nacional:** 01 8000 111 935

seguros mundial®

Nº Póliza: 2000514557

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: VIVIAM DARIANA AVIRAMA ZUNIGA

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1084579901	2025/02/24	2026/02/24

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

COBERTURAS:

- Muerte Accidental
- Gastos Médicos

En caso de accidente o para consultar términos y condiciones, comunicarse a nuestras líneas de atención

seguros mundial®

#899 desde celular | **BOGOTÁ** 3274712 /3274713 | **NACIONAL** 01 8000 111 935

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 Brigith Tatiana Zuñiga Paya ,identificado con la cédula de ciudadanía N° 1.084579.445 expedida en Nataga H 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.

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

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 _____ días del mes de Abril del 2025

FIRMA: Tatiana Zuñiga P.

C.C N°: 1084879445 DE Natagá H.

DOCENTE: Martha Cecilia Ardila P.

AUXILIAR: Yeni Alexandra Tollo

COORDINADOR (A): _____

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad Valaga

Nombre completo de la niña o niño Vivian Dariana Aviranta Zuniga

Fecha de nacimiento 16 04 2021 **N° Documento de identidad** 1084579901

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 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

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 11Mes 2025

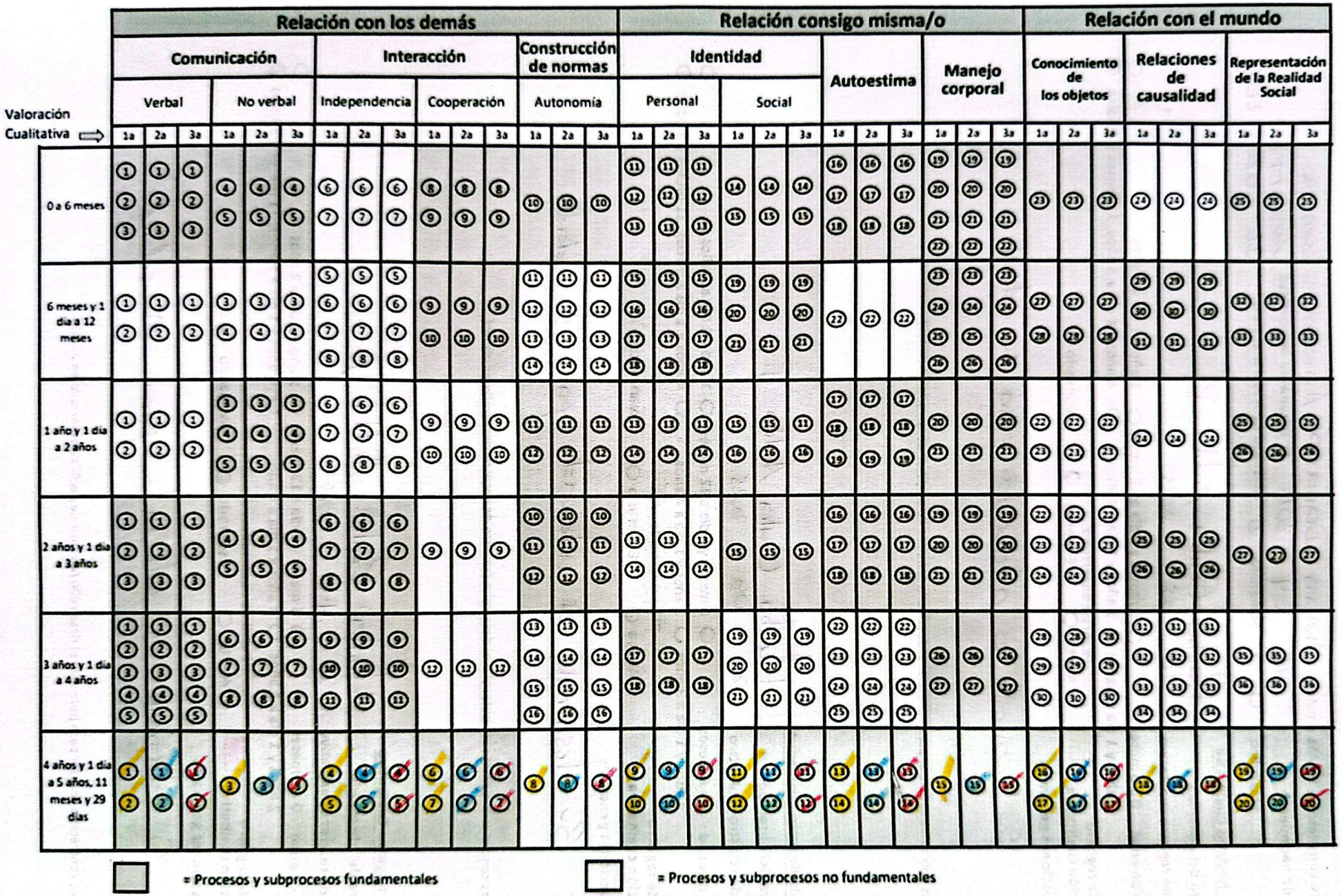
Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

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