Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS NIÑO/A PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD INSTITUCIONAL

UDS: CDI LA ARGENITNA
PARTICIPANTE: DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE
RC X No. 1075811364



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotografía física, va sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez			
Fotocopia del documento de identidad (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez			
Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF. – ó Acta de visita para criterios de focalización	Formalización del cupo	Actualización cada 3 meses			
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo y Seguimiento	Cada 3 meses			

Scanned with CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1075811364 — **Indicativo Serial** 62344651

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 e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - HUILA - NEIVA NOTARIA 1 NEIVA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
OSSA	ALZATE

Nombre(s): DAHIA SOPHIE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes OCT Día 08	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección)
COLOMBIA - HUILA - NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	22108310131273

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 inscrit..)

Apellidos y nombres completos: ALZATE JAMAUCA ANA SOFIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI No. 1015402490	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: OSSA ORTIZ LUIS ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1004153754	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: OSSA ORTIZ LUIS ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1004153754	Luis Alberto Ossa O

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): 28 OCT 2024

Fecha de inscripción

Año 2022 Mes OCT Día 25

Nombre y firma del funcionario que autoriza
LUIS IGNACIO VIVAS CEDEÑO
NOTARIO

Nombre y firma

Reconocimiento paterno
Luis Alberto Ossa Ortiz
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
LUIS IGNACIO VIVAS CEDEÑO
NOTARIO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned with CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 08/03/2025

Ficha: 413780031030900001564

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DAHIA SOPHIE

Apellidos: OSSA ALZATE

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1075811364

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 30/01/2025

Última actualización ciudadano: 30/01/2025

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: CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ

Dirección: Calle 6 No 3 - 52

Teléfono: 3176617965

Correo Electrónico: administradorsisben@laargentina-huila.gov.co

Scanned with CamScanner

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	1075811364
NOMBRES	DAHIA SOPHIE
APELLIDOS	OSSA ALZATE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA ARGENTINA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	SUBSIDIADO	08/10/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	03/08/2025 09:51:20	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

Scanned with CamScanner

AD	TIPO DE VACUNA		1ra DOSIS O UNICA	2da DOSIS		3ra DOSIS		A los 12 meses de edad	
			Fecha	Fecha		Fecha		Fecha	
				Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna
ción cido	Antituberculosa - BCG								
	Hepatitis B (Recién Nacido)								
tir de s 2 ses	PENTAVALENTE	Difteria - Tos ferina - Tetanos (DPT)							
		Haemophilus influenze - TIPO b							
		Hepatitis B							
	Vacuna oral de polio - VOP								
	Vacuna oral de rotavirus								
	Vacuna contra el neumococo								
tir de s 4 ses	PENTAVALENTE*								
	Vacuna contra polio - VOP								
	Vacuna oral de rotavirus								
	Vacuna contra el neumococo								
ir de Meses	PENTAVALENTE*								
	Vacuna oral de polio - VOP								
leses a leses	Vacuna de Influenza (De 6 meses a 23 meses)								
os ses	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)								
	Fiebre Amarilla (FA)								
	Vacuna contra el neumococo								

		Al año de la 3ra DOSIS		A los 5 Años de edad		ADICIONALES	
de las terceras dosis	Difteria - tos ferina - tétanos(DPT)						
	Vacuna oral de polio - VOP						
ño 5 años de edad	Difteria - tos ferina - tétanos(DPT)						
	Vacuna oral de polio - VOP						
	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)						
Adicionales							

HIDRATACIÓN ORAL SUERO ORAL



En un litro de agua hervida y fría, mezcle todo el contenido de un sobre de suero oral.

si el niño NO ESTA DESHIDRATADO dele con cucharita y vaso dos onzas como mínimo, después de cada deposición.

ño presenta ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN acuda a la Promotora de la Unidad de Rehidratación Oral UROCS más cercana, o al Hospital.

	EDAD		EDAD
oporsamente		A LOS 24 MESES	
los ojos al		Salta en los dos pies	
de un objeto.		Hace torre de 5 o más cubos.	
ta con el ruido.		Dice más de 20 palabras claras.	
imientos del rostro.		Control diurno de orina.	
SES		A LOS 36 MESES	
cabeza.		Camina hacia atrás.	
jetos a la boca.		Separa objetos grandes y pequeños.	
on las personas.		Usa oraciones completas.	
uando se le habla.		Se baña solo las manos y la cara.	
SES		A LOS 48 MESES	
darse solo.		Lanza y agarra la pelota.	
os de una mano a otra.		Copia cuadrado y círculo.	
cuando se le llama.		Describe bien un dibujo.	
ción a la conversación.		Tiene un amigo especial.	
SES		A LOS 60 MESES	
or sí solo.		Hace rebota y agarra la pelota.	
los con los dedos		Dibuja escalera.	
dice.		Nombra 4 o 5 colores.	
alabra clara.		Organiza Juegos.	
sos.		A LOS 72 MESES	
ESES		Salta desde 60 cms de altura.	
o.		Dibuja casa.	
los escondidos.		Conoce días de la semana.	
rden sencilla.		Comenta vida familiar.	
taza sola.		A LOS 84 MESES	
ESES		Salta alterando los pies.	
de un libro.		Copia una figura de líneas curvas.	
eis objetos.		Conoce ayer, hoy y mañana.	
os de ir al baño.		Conoce fechas especiales.	

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2025	Febrero	05	7am	X	
2025	Agosto	08	2pm		

Nuestro Compromiso ! la Humanización

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PA

NIT 813.010.966-1 Tel 8311

Código del Prestador 413780038

La Argentina - Huila



CARNÉ DE SALUD

MENOR DE 10 AÑ

Nombre: Dahira Sophie Ossa Alzate

Fecha de nacimiento: 08. Octubre 2

Registro Civil: 1.075 811 364

Teléfono: 313 3020964

Dirección: Nueva Esperanza.

Barrio o Vereda:

Nombre Responsable del Niño: Ana Sofia Alzate.

EPS afiliación: Nueva Eps

Sitio de atención: ESE JRNP

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FEC
LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS AG
DE SE LO RECOMIENDE

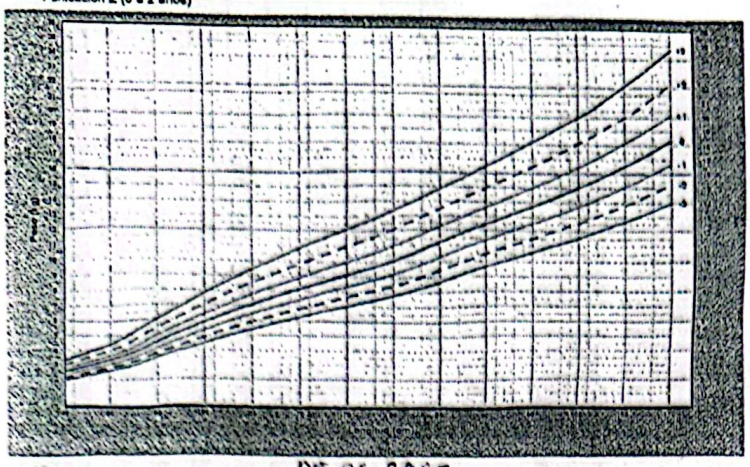
Scanned with CamScanner

205 INTERPRETACION DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

Carné Digital de Vacunación

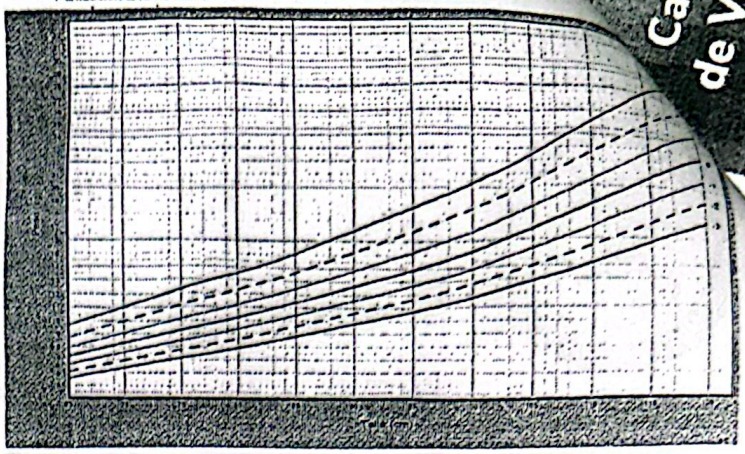
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Talla Niñas

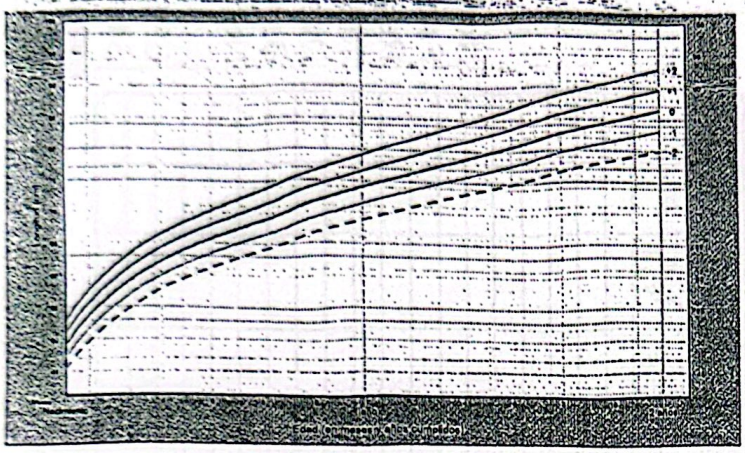
Puntuación Z (2 a 5 años)



05-02-2025
P: 11.6 T: 80cm PT: 49
PC: 46 Pb: 16

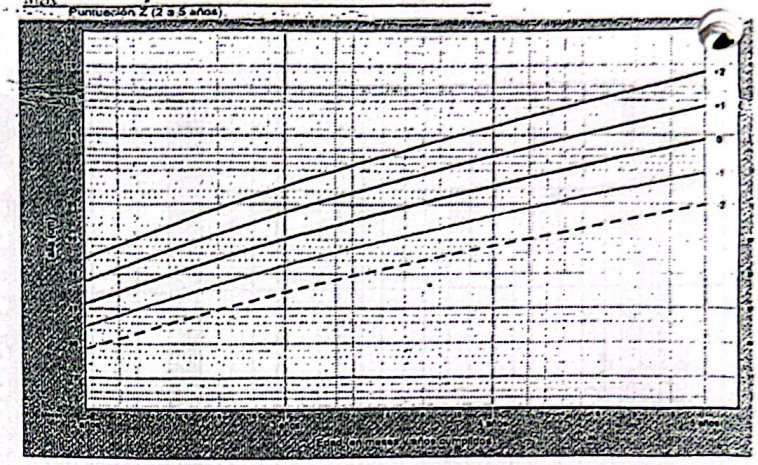
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



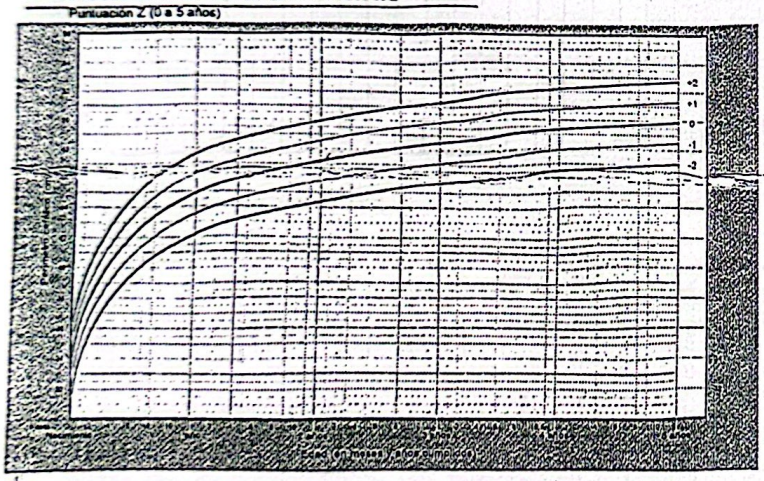
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



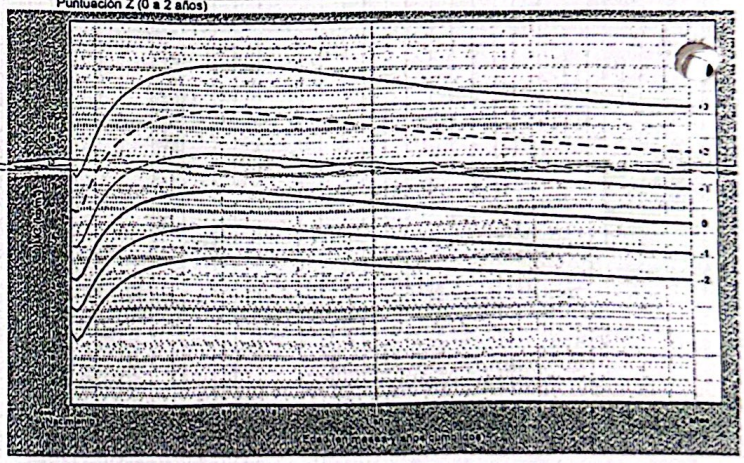
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



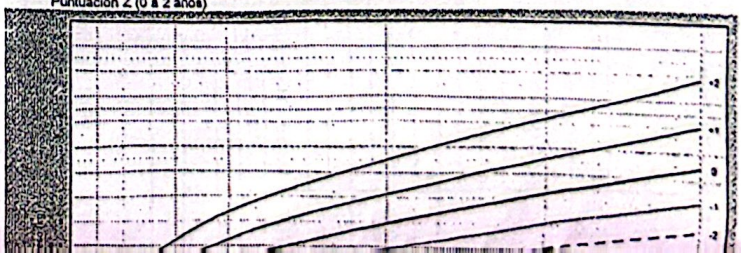
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Scanned with CamScanner

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 0efa7f9-d177-4947-92ee-2d3c3932e445

Nombres y apellidos / Full name: DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE

Tipo de identificación / ID Type: REGISTRO CIVIL

Número de identificación / ID Number: 1075811364

Fecha de nacimiento / Date of birth: 08/10/2022

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3104604686

Correo electrónico / e-mail: no tengo@no tengo

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
			Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
Recién nacido	BCG	Única	8	10	2022	Serum	0371MA006	NEIVA CLINICA MEDILASER S.A.	SHIRLEY SANCHEZ ARDILA
Recién nacido	HEPATITIS B (PEDIATRICA)	Adicional	8	10	2022	Serum	0321Q018B	NEIVA CLINICA MEDILASER S.A.	SHIRLEY SANCHEZ ARDILA
2 meses	Antipolio Inactivo (VIP)	Primera	13	12	2022	Bithoven Biologicals BV	2141015A	NEIVA CS LAS GRANJAS	MARIA ENID CARDOZO MONTES
2 meses	Neumococo 13 valente	Primera	13	12	2022	PFIZER	EX8589	NEIVA CS LAS GRANJAS	MARIA ENID CARDOZO MONTES
2 meses	Pentavalente PAI	Primera	13	12	2022	Serum	2851X021D	NEIVA CS LAS GRANJAS	MARIA ENID CARDOZO MONTES
2 meses	Rotavirus	Primera	13	12	2022	Glaxo SmithKline	AROLD059AB	NEIVA CS LAS GRANJAS	MARIA ENID CARDOZO MONTES
12 meses	Fiebre amarilla	Única	15	4	2024	Sanofi Pasteur	W3D501V	PITALITO CS PANORAMA	MAYELINE MUÑOZ MENESES
18 meses	Antipolio Inactivo (VIP)	Primer Refuerzo	15	4	2024	Fabricante	2234003A	PITALITO CS PANORAMA	MAYELINE MUÑOZ MENESES
18 meses	Pentavalente PAI	Primer Refuerzo	15	4	2024	Fabricante	2852X014C	PITALITO CS PANORAMA	MAYELINE MUÑOZ MENESES
18 meses	Triple Viral	Refuerzo	15	4	2024	Serum	0133N004A	PITALITO CS PANORAMA	MAYELINE MUÑOZ MENESES

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Inmunization - PAI (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedu-le as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

Scanned with CamScanner

E.S.E. JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS LA ARGENTINA - H

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Dahia Sophie Ossa Alzate.	**DOCUMENTO:** 1075811364
CONTROL DE PLACA **FECHA DE ATENCIÓN:** 19 Febrero 2025 **PROXIMO CONTROL:** 19 Agosto 2025	**TOPICACIÓN DE FLUOR** **FECHA DE ATENCIÓN:** 19 febrc 2025. **PROXIMO CONTROL:** 19 Agosto 2025
EXPEDIDO POR: Dr. Hernando Jurado Rojas	

Scanned with CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
813010966 - 1

CERTIFICACION MEDICA

Certificado No.: **10000679**
Fecha de Registro: 21-feb-2025
Historia No.: 1075811364

Entidad Administradora: **NUEVA EPS**

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	No.identificación :	RC: 1075811364
Sexo:	F	Edad :	2 Años
Ciudad de residencia:	LA ARGENTINA, HUILA	Estado civil:	SOLTERO
Dirección residencia:	NUEVA ESPERANZA, LA NUEVA ESPERANZA	Teléfono:	3143271308

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : 11.3 Kg Talla : 86.5 cm

CAMPO VISUAL

Ojo Derecho : Visión normal Ojo Izquierdo : Visión normal

OBSERVACIONES GENERALES

MENOR DE 2 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA DE CIRUGIA MAXILOFACIAL POR TRAUMA EN BOCA, EN EL MOMENTO CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, AFEBRIL, HIDRATADA, ORIENTADA, SIN SEÑALES DE MALTRATO EVIDENTES, ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR PARA LA EDAD, SE REALIZA TAMIZAJE VISUAL CON RESULTADO NORMAL EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO, SE REALIZAN PREGUNTAS AL MENOR LAS CUALES RESPONDE ADECUADAMENTE POR LO CUAL SE PUEDE CERTIFICAR QUE PUEDE ESCUCHAR CORRECTAMENTE; MENOR QUE NO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE LE IMPIDAN VIVIR Y RELACIONARSE EN COMUNIDAD, MENOR QUE PUEDE ESTAR EN ENTORNO ESCOLAR BAJO LA SUPERVISION DE UN ADULTO RESPONSABLE.

VARGAS TOVAR DIANA PAOLA
ENFERMERIA
Registro Medico No. 1840
Documento Medico: CC1080260003

Mercedes Yulieth Farfán M.
Médico General
R.M. 1080.264.891

Firma del profesional de la salud

Scanned with CamScanner

Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

ACTA DE COMPROMISO Y CORRESPONSABILIDAD CON PADRES DE FAMILIA Y/O CUIDADORES

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS Q1 la Argentina Huila, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio CORHUELLAS. Manifiesto que he sido informado sobre las responsabilidades que me asisten en el marco del Código de Infancia y Adolescencia contemplado en la Ley 1098 de 2006, el cual expresa con relación al sentido de corresponsabilidad de la familia lo siguiente:

"Artículo 14. La responsabilidad parental. La responsabilidad parental es un complemento de la patria potestad establecida en la legislación civil. Es además, la obligación inherente a la orientación, cuidado, acompañamiento y crianza de los niños, las niñas y los adolescentes durante su proceso de formación. Esto incluye la responsabilidad compartida y solidaria del padre y la madre de asegurarse que los niños, las niñas y los adolescentes puedan lograr el máximo nivel de satisfacción de sus derechos. En ningún caso el ejercicio de la responsabilidad parental puede conllevar violencia física, psicológica o actos que impidan el ejercicio de sus derechos".

En atención a lo anterior, en el marco de las acciones de responsabilidad parental, es mi interés manifestar el compromiso en el proceso de atención a la primera infancia de mi hijo (a): Dahia sophie ossa con RC No 1075811364 Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al Unidad de Servicio, teniendo en cuenta que es un servicio que me presta el Estado en el marco de la garantía de los derechos de los niños y las niñas.
2) Participar de las actividades que sean convocadas por UDS, la Entidad Administradora del Servicio o el ICBF, con el fin de promover el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas.
3) Cumplir el horario de atención establecido en la UDS
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira a mi hijo(a) de la UDS.
5) Entregar los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a) Estos documentos son:

   1. Certificado de afiliación a salud.
   2. Fotocopia del registro civil del niño.
   3. Fotocopia del carné de vacunas actualizado
   4. Fotocopia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado
   5. Certificación de SISBÉN.

Scanned with CamScanner

NOTA: En caso de no contar con alguno de los documentos mencionados, informar en la UDS para activar la Ruta Interinstitucional que contribuya a garantizar una atención integral para mi hijo(a).

6) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) asista al servicio médico y demás actividades de promoción y prevención para lograr el mejor estado posible de salud.
7) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) transite al Sistema de Educación Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
8) Informar y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a), adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
9) Elegir o ser elegido en el comité de control social que se convoquen con el fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para la Modalidad Comunitaria

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 03 del mes marzo del año 2025, en el Municipio de La Argentina H.

Luis Alberto Ossa Ortiz.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

AGENTE EDUCATIVO

Scanned with CamScanner

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 Dahio Sophie Osso Alzate, identificado (a) con documento de identidad número 1075811364, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos		Audios		Videos		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Luis Alberto O.O, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004153754, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos		Audios		Videos		Otros datos personales	

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por Yurany Alexandra Lopez, 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 La Argentina Huila

Suscriben:

Firma: Luis Alberto O.O.
Nombre: Luis Alberto Ossa Ortiz
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3223797878
Fecha: 06 Marzo 2025
Municipio: La Argentina. Huila

Scanned with CamScanner

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 Ana Sofia Alzate Jamauca, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1015 402 490 de Bogota D.C, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Dahia Sophie OSSA Alzate, identificados con NUIP No. 1075811364, usuario de la unidad de servicio CDI la Argentina H manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en la Argentina, a los 05 días del mes 03 de 2025)

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

Nombre: Ana sofia Alzate Jamauca

Firma: Ana sofia Alzate Jo

CC. No. 1015 402 490

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Yurany Alexandra Lopez Medina

Firma: Yurany A Lopez M

CC. No. 1024153738

Scanned with CamScanner

Huellas de Amor Para Tu Vida

ACTA DE ACUERDOS Y COMPROMISOS DE LAS FAMILIAS BENEFICIARIAS DENTRO DEL PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

BIENESTAR FAMILIAR

Fecha 27-03-2025 *Por medio de la presente acta Yo* Luis Alberto Ossa O. *identificada con* CC *número* 1004153754, *acudiente o responsable del beneficiario* Daha Sophe Ossa, *apruebo los acuerdos y compromisos establecidos dentro del pacto de convivencia de la Modalidad Institucional Servicio CDI La Argentina, acatando los lineamientos que rigen la ley de Cero a Siempre.*

DERECHOS DE LAS FAMILIAS

Todas las familias tienen derecho a:

- *Recibir un trato, respetuoso, justo y equitativo por parte del personal que presta los servicios.*
- *Recibir atención oportuna por parte del equipo interdisciplinario.*
- *Conocer toda la información referente a la prestación del servicio.*

DEBERES DE LAS FAMILIAS Y PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD

Son deberes ***Las familias***

- *Respetar a los docentes y demás equipo interdisciplinario.*
- *Desarrollar acciones que promuevan entre los niños y niñas el auto cuidado y el cuidado mutuo.*
- *Entregar toda la documentación de manera física y actualizada para la carpeta del niño o la niña de manera oportuna.*
- *Participar activamente en la conformación del comité de control social y en el desarrollo de la participación ciudadana, mediante las estrategias implementadas por la corporación.*
- *Informar a las agentes educativas en caso de cambiar de lugar de residencia.*
- *Informar a los agentes educativos, cualquier novedad, accidentes o situación que haya afectado la salud y la integridad del participante o algún miembro de la familia.*
- *En los grupos de WhatsApp creados para brindar información sobre el desarrollo de la modalidad, no se debe enviar información diferente a la establecida para el programa.*
- *Verificar que los niños y niñas asistan con las normas de higiene, autocuidado (uso de tapabocas) y cuidados básicos como (baño corporal, cepillado de dientes, limpieza de uñas, ropa limpia) sin golpes ni afecciones en su cuerpo.*
- *Bajo el principio de confidencialidad Informar a la EAS CORHUELLAS y su equipo Interdisciplinario cualquier caso de vulneración de derechos o sobre situaciones que afecten o pongan en riesgo el desarrollo integral de los niños y las niñas, dependiendo el caso activar rutas.*
- *Acatar las sanciones frente al incumplimiento del presente acuerdo, según las regulaciones construidas propias de cada.*
- *Prohibido del ingreso de alimentos externos a la unidad de servicio tales como (galletas, dulces y demás)*
- *En caso que el participante llegue a casa con alguna prenda u objeto que no le pertenezca devolverlo inmediatamente o avisar a la docente, el padre de familia deberá realizar el proceso de reflexión y acompañamiento en el momento de hacer la devolución.*
- *Inculcar el sentido de pertenencia, respeto y responsabilidad al cuidado de los objetos personales y de la institución, al usuario incurrir en algún daño será el padre, madre o cuidador el responsable de reparar el daño en un tiempo estimado de 3 días.*
- *Informar al agente educativo, auxiliar pedagógico, auxiliar de enfermería y/o apoyo psicosocial cualquier evento sucedido por el cual el participante no pueda asistir al CDI y enviar la respectiva excusa justificada.*
- *Cumplir los Horarios establecidos por la Modalidad de Atención CDI La Argentina, comprendidos de 8:00 am hasta las 8:15 am para el ingreso de participante y de 4:00 pm a 4:15 pm para la salida y entrega de cada usuario a sus padres o cuidadores.*
- *Se realiza la entrega de los participantes solo al Padre, Madre, y/o Cuidador MAYOR DE EDAD, registrado en el CDI, con el fin de garantizar el cuidado y protección de los Beneficiarios.*

Luis Alberto O. O

Firma Madre/Padre/Cuidador

C.C 1004153754

Firma Equipo Agente Educativo

C.C 1004193735

Huella niño o niña

Scanned with CamScanner

214

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.153.754

OSSA ORTIZ
APELLIDOS

LUIS ALBERTO
NOMBRES

Luis Alberto O.O
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-ABR-2001
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

16-MAY-2019 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1904700-01095521-M-1004153754-20190827 0067586317A 3 53240625

Scanned with CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.015.402.490



Apellidos
ALZATE JAMAUCA

Nombres
ANA SOFIA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.57	F

Fecha de nacimiento
14 NOV 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
21 DIC 2023, PITALITO

Fecha de expiración
22 DIC 2033

Firma
Ana Sofía Alzate

.CO

037677394

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL037677394819061<<<<<<<<<<<
0511140F3312223COL1015402490<1
ALZATE<JAMAUCA<<ANA<SOFIA<<<<<

Scanned with CamScanner

RAMIREZ AYA RAFAEL

c.c. / Nit: 4918980

CLL 1A 10

Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780042120

Dirección Postal:

Ciclo: 71 Sector: 4-LIBRETIN 4 DE LA ARGENT

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
418174933
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
84845298

Fecha De Emisión
16/01/2025

Periodo	Periodo Facturado	Pago Total	Pago Mínimo	Periodos Vencidos
1/ 2025	14/12/24-14/01/25	$5,990	$5,990	1 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial | Nivel Tensión: 1-Secundaria | Tipo Liqui.: lectura

Estrato: 2-Bajo | Carga Instalada: 100 W

Zona: OCCIDENTE | Nodo: T09590-GL1P

	419.14
	55.37
	263.15
	3.47
	96.01
	145.39
	982.52
Tarifa Aplicada	982.5245

Datos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-4500381	TEC	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	2987	2982	1	5

Conceptos Electrohuila

Concepto	Descripción	Valor
0	Deuda Capital	2,578
21	Consumo Periodo	4,913
110	Interes moratorio	12
608	Ajuste Decena	<1>
995	Subsidio	<2,338>

Ultimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2024	12	5	2024	6	5
2024	11	6	2024	5	4
2024	10	3	2024	4	5
2024	9	5	2024	3	3
2024	8	5	2024	2	3
2024	7	5	2024	1	2

Promedio Cuota	Consumo Ajuste
4	2

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	5.0	514.977	$2.575

Nodo 6500276. Grupo Calida	21
Horas a compensar	1.024
Compensacion por evento	
Meta Calidad opr Duración	62.37
Meta calidad por eventos	21
Eventos acmulados año	89
Duracion acumulador año	90.57
Consumo a compensar	77.1
Cargo distribución	266.2

Financiación Electrohuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Total cuota Financiación 0

Tasa de Interés 0.00 %

ido al no pago oportuno de su factura, ELECTROHUILA cederá a la suspensión del servicio de energia ctrica, una vez quede en firme la presente decisión, tra la cual procederán los recursos de reposición ante División de POR, en subsidio el de apelación ante la erServicios, el cual debe interponerse "en un mismo rito, dentro de los cinco (5) dias siguientes a la ificación del presente acto, conforme a lo establecido

UFE 622d23f0e8fa2c607d6d6535a5aceba611840078a9fd7508b731560e2f511f50ac3d062d41567d918e030aa50502f650

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total Electrohuila	$5,164
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$826
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$5,990

ES
/Kwh Total N. Fact

Ultimo Pago
$5,380
28/11/2024
Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB
Pag: 1035

Fecha de Vencimiento
PAGO INMEDIATO
Suspensión a Partir del
PAGO INMEDIATO

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Línea de transparencia

rta en la línea de transparencia todos los presuntos actos de soborno, pción o comportamientos indebidos de nuestros trabajadores y/o contratistas. gratuita 018000 117755

e directamente escaneando el Código QR

(415)7707274499679(8020)0418174933(3900)0000005990(96)20250127

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

Scanned with CamScanner

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®

N° Póliza:	2000514572
Tomador:	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS
Nombre de Asegurado:	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1075811364	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

Scanned with CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MT1.PP	30/01/2025
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	Versión 2	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Fecha de diligenciamiento: 25 02 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (X) Niño/a entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

Tipo de vinculación: (X) Participante de nuevo ingreso ( ) Participante de continuidad

Unidad de Servicio sugerida: UDS la Argentina H

Tipo documento identidad: (X) Registro Civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Cédula de ciudadanía ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Cédula extranjería ( ) Sin documento Nacionalidad: _____

Número de documento: 1075811364

Fecha nacimiento: 08 11 2022

Nombres: Dahia Sophie

Apellidos: Osso Alzate

¿Tiene discapacidad? ( ) Si (X) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ( ) Si (X) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ( ) Si (X) No

Indique cuales aplican: ( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Múltiple ( ) Sordoceguera ( ) N/A

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano ( ) Indígena ( ) No se autorreconoce ( ) Comunidad negra ( ) Rom / Gitano ( ) Palenquero (a) ( ) Raizal

Indique cuales aplican: ( ) Migrante ( ) Campesinado ( ) Firmante de paz ( ) Víctima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: La Argentina

Zona: Urbana

Barrio: N. Esperanza

Vereda:

Sector:

Dirección:

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: ( ) Madre (X) Padre ( ) Cuidadoría

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Sin documento Nacionalidad: _____

Número de documento: 1004153754

Nombres: Luis Alberto

Apellidos: Osso Ortiz

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 01 04 2001

Correo electrónico:

Número de celular: 3223797818

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema?: ( ) Si ( ) No
https://prematricula.icbf.gov.co

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Luis Osso O

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

Observaciones:

Scanned with CamScanner

CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA

REGISTRO DE NOVEDADES DIARIAS

FECHA	NOMBRE BENEFICIARIO	NUIP	ACCIDENTES O CONDICION ESTADO PRIOO		CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD		CAMBIOS EN EL ESTADO EMOCIONAL		RAZONES DE PARTENCIA O LLEGADAS TARDE		SALIDAS FUERA DEL HORARIO		INCAPACIDADES		ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS		BENEFICIARIOS SIN DOCUMENTO					FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR	QUIEN DILIGENCIA EL REGISTRO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	RC	SGSS	VALORACION INTEGRAL	VACUNAS	OTRO			
1.04.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	ALDIA	ALDIA	ALDIA	ALDIA		Luis ossa	Anyi M Cruz	N/A
2.04.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	ALDIA	ALDIA	ALDIA	ALDIA		Luis ossa	Anyi M Cruz	N/A
3.04.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	ALDIA	ALDIA	ALDIA	ALDIA		Luis ossa	Anyi M Cruz	N/A
4.04.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	ALDIA	ALDIA	ALDIA	ALDIA		Luis ossa	Anyi M Cruz	N/A
7.04.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	ALDIA	ALDIA	ALDIA	ALDIA		Luis ossa	Anyi M Cruz	N/A
8.04.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	ALDIA	ALDIA	ALDIA	ALDIA		Luis ossa	Anyi M Cruz	N/A
9.04.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	ALDIA	ALDIA	ALDIA	ALDIA		Luis ossa	Anyi M Cruz	N/A
10.04.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	ALDIA	ALDIA		ALDIA		Luis ossa	Anyi M Cruz	N/A
11.04.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	ALDIA	ALDIA	ALDIA	ALDIA		Luis ossa	Anyi M Cruz	N/A
21.04.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364															ALDIA	ALDIA	ALDIA	ALDIA		Luis ossa	Anyi M Cruz	Presenta exSS
22.04.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	ALDIA	ALDIA	ALDIA	ALDIA		Luis ossa	Anyi M Cruz	N/A
23.04.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	ALDIA	ALDIA	ALDIA	ALDIA		Luis ossa	Anyi M Cruz	N/A
24.04.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	ALDIA	ALDIA	ALDIA	ALDIA		Luis ossa	Anyi M Cruz	N/A
25.04.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	ALDIA	ALDIA	ALDIA	ALDIA		Luis ossa	Anyi M Cruz	N/A
28.04.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	ALDIA	ALDIA	ALDIA	ALDIA		Luis ossa	Anyi M Cruz	N/A
29.04.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	ALDIA	ALDIA	ALDIA	ALDIA		Luis ossa	Anyi M Cruz	N/A
	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364															ALDIA	ALDIA	ALDIA	ALDIA				
	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364															ALDIA	ALDIA	ALDIA	ALDIA				
	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364															ALDIA	ALDIA	ALDIA	ALDIA				
	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364															ALDIA	ALDIA	ALDIA	ALDIA				

Firma agente educativo: Luis ossa M.

Firma coordinadora: Sandra

Scanned with CamScanner

CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA

REGISTRO DE NOVEDADES DIARIAS

FECHA	NOMBRE BENEFICIARIO	NUIP	ACCIDENTES O CONDICION ESTADO FISICO		CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD		CAMBIOS EN EL ESTADO EMOCIONAL		RAZONES DE INASISTENCIA O LLEGADAS TARDE		SALIDAS FUERA DEL HORARIO		INCAPACIDADES		ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS		BENEFICIARIOS SIN DOCUMENTO					FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR	QUIEN DILIGENCIA EL REGISTRO DE NOVEDAD	OBSERVACIONES
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	RC	SGSS	VALORACION INTEGRAL	VACUNAS	OTRO			
3.03.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Ana Sofía Alzate	Anyi M Cruz	N/A
4.03.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Ana Sofía A.	Anyi M Cruz	N/A
5.03.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Luis Ossa	Anyi M Cruz	N/A
6.03.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Ana Sofia Alzate	Anyi M Cruz	N/A
7.03.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Ana Sofía Alzate	Anyi M Cruz	N/A
10.03.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Ana Sofía Alzate	Anyi M Cruz	N/A
11.03.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Ana Sofía Alzate	Anyi M Cruz	N/A
12.03.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Ana Sofía Alzate	Anyi M Cruz	N/A
13.03.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Ana Sofía Alzate	Anyi M Cruz	N/A
14.03.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Ana Sofía Alza	Anyi N Cruz	N/A
17.03.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Ana Sofía Alzate	Anyi N Cruz	N/A
18.03.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Ana Sofía Alzate	Anyi M Cruz	N/A
19.03.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Ana Sofía Alzate	Anyi N Cruz	N/A
20.03.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Ana Sofía Alzate	Anyi N Cruz	N/A
21.03.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Ana Sofía Alzate	Anyi M Cruz	N/A
25.03.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Ana Sofía Alzate	Anyi M Cruz	N/A
26.03.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Ana Sofía Alzate	Anyi M Cruz	N/A
27.03.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Ana Sofía Alzate	Anyi N Cruz	N/A
28.03.25	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364		X		X		X		X		X		X		X	AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA		Ana Sofía Alzate	Anyi N Cruz	N/A
	DAHIA SOPHIE OSSA ALZATE	1.075.811.364															AL DIA	AL DIA	AL DIA	AL DIA				

Firma agente educativo: Ana Sofía Alzate M

Firma coordinador: _____