Villavicencio Meta, 18 de diciembre de 2025

Doctora
MAGDA NATHALIE CARO RUBIO
Asesora
Villavicencio

Ref.: INFORME DESARROLLO CONTRATO 2256 DE 2025

Respetados señores:

Me permito rendir el primer informe de la ejecución del Contrato No. 2256 de 2025

CONTRATO N°	2256 DE 2025 DEL 12 DE NOVIEMBRE DE 2025
CONTRATANTE:	GOBERNACIÓN DEL META
CONTRATISTA	CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO, representada legalmente por ANDRES FELIPE RAMIREZ GARNICA, identificado con la C.C. 1.121.964.092 de Villavicencio - Meta
NIT	900.963.678-1
OBJETO:	"ATENCION INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD COGNITIVA DE 18 A 59 AÑOS PARA LA VIGENCIA 2025"
FECHA CONTRATO:	12 DE NOVIEMBRE DE 2025
TERMINO DE EJECUCIÓN INCIAL:	Dos (2) meses o hasta el 26 de diciembre de 2025 (lo primero que ocurra)
VALO INICIAL DEL CONTRATO:	CIENTO NOVENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCO MIL CIENTO SESENTA Y TRES PESOS CON CINCUENTA Y DOS CENTAVOS M/CTE ($192.805.163.52)
PLAZO:	Un (1) mes y veintidós (22) días de lunes a sábados contados a partir de la fecha de suscripción del contrato

INFORME DE ACTIVIDADES:

Brindar atención integral a cincuenta y seis (56) beneficiarios aportados por la Secretaria Social de la Gobernación del Meta y tres (3) aportados por la ESAL para personas con discapacidad (déficit cognitivo y/o asociado), orientada al fortalecimiento de sus capacidades funcionales, cognitivas, comunicativas, emocionales, sociales, y ocupacionales, mediante la implementación de procesos terapéuticos, y formativos que promueven su autonomía, inclusión y participación en la sociedad. Dicha atención se enfocara de acuerdo a la edad y diagnóstico, en los procesos de formación pre-laboral, y formación ocupacional desarrollados a través de talleres ocupacionales y productivos, en los cuales se proporcionando herramientas prácticas, ,materiales básicos y acompañamiento profesional que permitan a los participantes adquirir habilidades en artes y oficios que favorezcan du desarrollo personal y la posibilidad de generar ingresos, pudiendo realizar estas actividades de manera independiente o con el apoyo del cuidador(a), cuando así se requiera. Así mismo se ofrecerá atención en rehabilitación integral desde las áreas de fisioterapia, fonoaudiología, psicología, y terapia ocupacional, enfocada en mejorar las condiciones físicas, motrices, comunicativas, emocionales y adaptativas de los usuarios, promoviendo su bienestar, funcionalidad y calidad de vida. Todo a fin de garantizar la participación de las familias y cuidadores mediante procesos de orientación, acompañamiento y capacitación, favoreciendo la continuidad del proceso terapéutico y ocupacional en los entornos familiares y comunitarios, generando espacios de participación como estrategia de refuerzo al desarrollo humano de los beneficiarios en su proyecto de vida y autonomía desde el contexto familiar y social para su efectiva inclusión, en desarrollo comunitario, igualdad de oportunidades, reducción de la pobreza y la inclusión social de las personas en situación de discapacidad.

Dicha atención, contara con una intensidad horaria de cinco (5) horas diarias de lunes a sábado en un horario de 7:00 am a 12:00 m o de 1:00 PM a 6:00 pm (INCLUYENDO EL HORARIO DE LA RUTA). Para ello, los posibles beneficiarios, a través de sus cuidadores deberán aplicar el siguiente proceso: 1. Ser referido en el listado de beneficiarios remitido por el ente contratante al contratista. 2. Realizar carta de manifestación de intereses, diligenciar el formato de ingreso y adjuntar los soportes solicitados. 3. Tener disposición para la valoración interdisciplinaria de ingreso y egreso. SD

El supervisor remitió los listados de los beneficiarios una vez firmado el contrato. Se convocó a cada acudiente registrado (padre, madre, abuela o cuidador),a través de llamada telefónica y se les asignó cita para valoración de psicología, con el fin de establecer si el beneficiario cumplía con los requisitos comportamentales

(aceptación de normas, seguimientos de instrucciones, pautas de crianza,) sociales (integración con sus pares, tolerancia al trabajo en grupo, aceptación de contacto físico) ocupacionales (tolerancia al tiempo y puesto de trabajo, habilidades motrices finas, aceptación de autoridad, independencia y funcionalidad en el desempeño de actividades de la vida diaria y básicas cotidianas) y físicos (motricidad gruesa, traslados, equilibrio, fuerza) para pertenecer al programa, e igualmente para verificar los datos y cumplimiento de la documentación solicitada.

La Secretaria Social tuvo en cuenta para la asignación de los beneficiarios diferentes variables como categoría de discapacidad, necesidad de apoyo del cuidador y niveles socioeconómicos del postulante, además de los criterios asociados a los trazadores de política pública de discapacidad.

Finalizado el proceso, se conformó la lista de los beneficiarios, quedando una totalidad de cincuenta y nueve (59) personas incluyendo los tres (3) como aporte de la corporación, quienes iniciaron el 18 de noviembre de 2025, recibiendo la atención integral.

El siguiente es el listado de beneficiarios aprobados:

ITEM	APELLIDOS	NOMBRE	DOCUMENTO	NUMERO
1	ALARCON FLOREZ	HERIT ANDRES	TARJETA DE IDENTIDAD	1012361514
2	AVILA GOMEZ	JESUS ESTIVEN	CEDULA DE CIUDADANIA	1123444196
3	BENAVIDEZ HERNANDEZ	BRAYAN ALEXANDER	CEDULA DE CIUDADANIA	1029220452
4	BERNAL BETANCOURT	MARTIN	TARJETA DE IDENTIDAD	1230343093
5	BOBADILA AVILA	MARIANA YISELA	CEDULA DE CIUDADANIA	1234792665
6	BUENO SILVA	CLAUDIA BEATRIZ	CEDULA DE CIUDADANIA	1121816019
7	CARRERA LADINO	JUAN MIGUEL	TARJETA DE IDENTIDAD	1121920732
8	CARVAJAL SALAZAR	ANGIE CRISTINA	CEDULA DE CIUDADANIA	1123562157
9	CASTAÑEDA ROA	LUISA FERNANDA	CEDULA DE CIUDADANIA	1031809773
10	CASTRILLON MUNOZ	JUAN MANUEL	TARJETA DE IDENTIDAD	1029990957
11	CHAPARRO LEAL	YEFERSON STEVEN	CEDULA DE CIUDADANIA	1031178037
12	CRISTANCHO CAMPO	EDGAR IVAN	CÉDULA DE CIUDADANÍA - CC	17346471
13	CUBILLOS LINARES	EDILSON NEYMAR	TARJETA DE IDENTIDAD	1121947523
14	DAZA REINA	JOSE FERNANDO	CEDULA DE CIUDADANIA	1118531092
15	DIAZ ACOSTA	JUAN CAMILO	TARJETA DE IDENTIDAD	1121871609
16	GARCIA DIAZ	ANA MARIA	CEDULA DE CIUDADANIA	1192818885
17	GARCIA QUIROGA	PAULA ANDREA	CÉDULA DE CIUDADANÍA - CC	1123801771
18	GARCIA ROZO	ANGEL DAVID	TARJETA DE IDENTIDAD	1122926764
19	GOMEZ RODRIGUEZ	DEISY MILADY	CEDULA DE CIUDADANIA	1006820118
20	GUALTEROS CACERES	XIOMARA PAULINA	CEDULA DE CIUDADANIA	1122918755
21	GUZMAN BARRIOS	SANTIAGO	CEDULA DE CIUDADANIA	1122521660
22	LUNA MONSALVE	RUSBEL DAVID	TARJETA DE IDENTIDAD - TI	1121870793
23	MARTINEZ CASTILLO	ENOC	TARJETA DE IDENTIDAD - TI	1029961600
24	MEDINA HERNANDEZ	RAFAEL ENRIQUE	CEDULA DE CIUDADANIA	1006775930
25	MEDINA ORTIZ	DYLAN MATIAS	TARJETA DE IDENTIDAD - TI	1230339513

26	MUÑOZ DELGADO	AARON	TARJETA DE IDENTIDAD	1070467916
27	MURCIA MATEUS	EILYN CAROLINA	TARJETA DE IDENTIDAD	1029150874
28	MURCIA RIVEROS	ANGELO DAVID	TARJETA DE IDENTIDAD	1122936252
29	ORTIZ TEJADA	PABLO ENRIQUE	CEDULA DE CIUDADANIA	1006966142
30	OSPINA PRIETO	JULIAN DAVID	CEDULA DE CIUDADANIA	1123802946
31	OVIEDO JIMENEZ	MICHAEL ESLEY	CEDULA DE CIUDADANIA	1121861451
32	PACHECO ROMERO	SEBASTIAN	CEDULA DE CIUDADANIA	1032937471
33	PALACIOS BORJA	EDWAR STEVEN	CEDULA DE CIUDADANIA - CC	1121901562
34	PALACIOS BORJA	DEIVID STIV	CEDULA DE CIUDADANIA	1021670926
35	PARRA	EDISON ANDRES	CEDULA DE CIUDADANIA	1121893974
36	PARRADO CASTRO	SAMUEL FELIPE	TARJETA DE IDENTIDAD	1122926387
37	PEDRAZA RODRIGUEZ	LUIS EDUARDO	CEDULA DE CIUDADANIA	1121872314
38	PEÑA GARCIA	JOHAN SEBASTIAN	TARJETA DE IDENTIDAD	1122932868
39	PEREZ ORTEGA	ANDRES RICARDO	CEDULA DE CIUDADANIA	1059906858
40	PULIDO LEON	LUIS SANTIAGO	TARJETA DE IDENTIDAD	1123444085
41	PULIDO TOVAR	STEPHANI	CEDULA DE CIUDADANIA	1029984151
42	RETAMOZO GUTIERREZ	ELIHU MARTIN	CEDULA DE CIUDADANIA	1044609556
43	REYES VELASQUEZ	RAFAEL	TARJETA DE IDENTIDAD	1234790974
44	RIOS CASALLAS	DANIEL	TARJETA DE IDENTIDAD - TI	1121909348
45	ROCHA AREVALO	JOSE MANUEL	CEDULA DE CIUDADANIA - CC	1121932265
46	ROMERO PEDRAZA	JORGE SEBASTIAN	CEDULA DE CIUDADANIA	1121918353
47	ROZO FIERRO	MAUREN SOFIA	TARJETA DE IDENTIDAD	1029967274
48	RUEDA CRAVO	SARA EDDITH	TARJETA DE IDENTIDAD	1121973871
49	SAAVEDRA TORRES	CARLOS ANDRES	CEDULA DE CIUDADANIA	88085836
50	SIMMONDS PEREIRA	NELSON SHAMIR	CEDULA DE CIUDADANIA - CC	1121852178
51	SOLANO MELO	JUSSEPH CAMILO	TARJETA DE IDENTIDAD	1121911699
52	TIRADO MENDEZ	MARYELIN	CEDULA DE CIUDADANIA	1006794814
53	VALENCIA RAMIREZ	JHONATAN STIVEN	TARJETA DE IDENTIDAD	1074813470
54	VARGAS AHUMADA	JAVIER IVAN	CEDULA DE CIUDADANIA	1121853102
55	VARGAS VIANCHA	SANDRA LIZETH	TARJETA DE IDENTIDAD	1115947123
56	VELA MATEUS	YULY NATALIA	CEDULA DE CIUDADANIA	1026304023
57	VELASQUEZ ARDILA	OMAR SNEIDER	CEDULA DE CIUDADANI	1121870993
58	VELASQUEZ BARRAGAN	DANIEL RICARDO	TARJETA DE IDENTIDAD	1122524723
59	VERGARA TORO	PAULA ANDREA	TARJETA DE IDENTIDAD	1029993941

Los documentos de ingreso solicitados fueron:

1	Carta de solicitud.
2	Fotocopia de la cedula de ciudadania del Beneficiario
3	Fotocopia cedula de los padres
4	Copia historia clinica o certificado de discapacidad
5	Certificación Sisbén
6	Recibo servicio público

1. **El contratista se compromete a disponer de 56 cupos, para brindar atención a personas en condición de discapacidad, que serán beneficiados por el Departamento, en donde se garantiza una atención integral a los beneficiarios.**

De acuerdo al alcance del objeto, se dio atención integral a 56 personas con discapacidad intelectual de mediana complejidad que independientemente de la edad biológica, cuenten con las habilidades para recibir procesos de formación

pre-laboral y formación ocupacional mediante talleres ocupacionales y productivos, y se les brindó las herramientas prácticas y materiales básicos con los cuales pudieran desarrollar artes y oficios, con el fin de generar a futuro ingresos y cuando lo requieran puedan realizarlos en compañía de su cuidador(a). Es así, que, de acuerdo a la valoración psicológica, veinticinco (25) beneficiarios se encuentran en una edad mental menor a su edad biológica y tienen las habilidades motoras para realizar recibir los procesos de formación.

Se adjunta como **anexo No. 1** Listado de usuarios con los datos básicos, nombre, edad, diagnostico, dirección, EPS, Sisbén, nombre padre y celular de contacto. Al igual que se adjunta como **anexo No. 2** Documentos de ingreso de cada niño.

2. **Brindar un almuerzo diario a 56 personas en condición de discapacidad con las características sanitarias y nutricionales. Raciones preparadas servidas compuesto por: una proteína, una leguminosa, un cereal, una verdura caliente y/o ensalada y una bebida natural para los beneficiarios del programa, durante el término de ejecución del presente convenio que equivalen a 2744 almuerzos en 49 días hábiles.**

En el periodo comprendido entre el 18 de noviembre al 18 de diciembre de 2025 se brindó un almuerzo diario a 56 personas en situación de discapacidad (déficit cognitivo y/o asociado) por parte de la gobernación y 3 personas en condición de discapacidad como aporte de la ESAL. Entregando (1.456) raciones con las características sanitarias y nutricionales. **Anexo No. 3.** (Se adjunta Minuta de almuerzos y refrigerios)

Durante el proceso, se enseñó a todos los beneficiarios a utilizar los cubiertos de forma adecuada según su función: la cuchara para alimentos líquidos o semilíquidos, y el tenedor y cuchillo para aquellos de consistencia sólida. Asimismo, se brindó acompañamiento a los usuarios que, debido a su condición, aún no cuentan con plena independencia en la alimentación ni en el manejo de los cubiertos.

También se identificó que algunos niños presentan dificultades para incorporar verduras, ensaladas y frutas en su alimentación diaria. Ante esto, se les ofreció orientación sobre la importancia de estos alimentos para mantener una nutrición equilibrada y promover un estilo de vida saludable. El propósito fue incentivar hábitos alimentarios adecuados y favorecer el consumo de productos que apoyen su desarrollo físico y cognitivo.

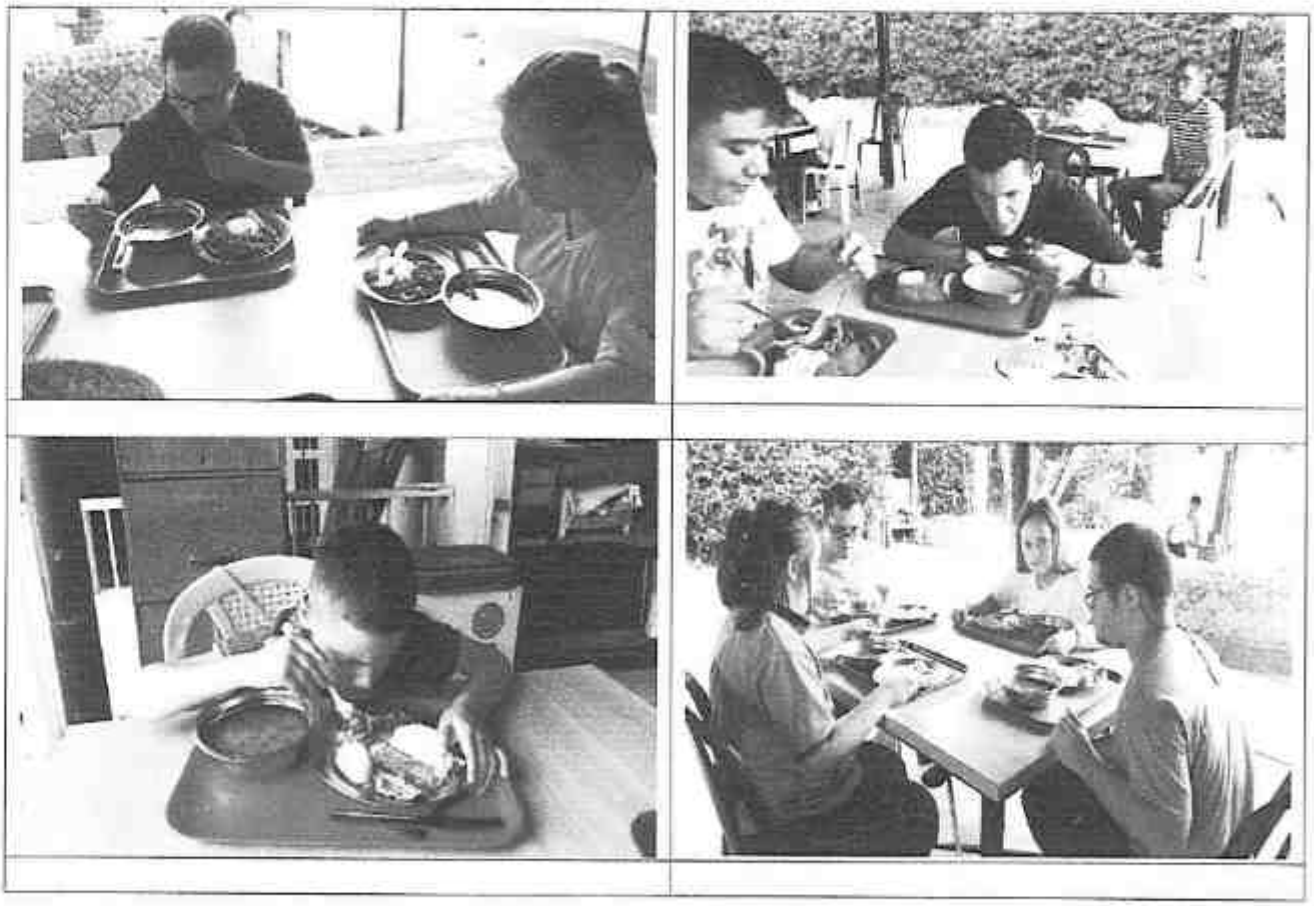
Objetivos del proceso educativo en la manipulación de cubiertos:

1. **Fomentar la independencia en el uso de cubiertos:**

- Enseñar el uso correcto de la cuchara, el tenedor y el cuchillo.
- Impulsar la autonomía durante las comidas, para que cada niño logre alimentarse por sí mismo.

2. **Promover el consumo de alimentos saludables:**
   - Explicar la importancia de incluir frutas, verduras y ensaladas en la dieta diaria, destacando sus beneficios.
   - Motivar a los niños a probar nuevos alimentos para ampliar sus gustos y preferencias.
3. **Desarrollar hábitos de higiene y etiqueta en la mesa:**
   - Reforzar la importancia del lavado de manos antes de comer y del uso adecuado de la servilleta.
   - Fomentar comportamientos respetuosos durante las comidas, como masticar correctamente y evitar hablar con la boca llena.

Anexo No. 4. Lista de entrega de almuerzos y refrigerios



CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853
corporacionayudandovivir@gmail.com

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo








Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853
corporacionayudandoavivir@gmail.com

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853
corporacionayudandoavivir@gmail.com

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853
corporacionayudandoavivir@gmail.com

3. **Brindar un refrigerio diario 56 personas en condición de discapacidad con las características sanitarias y nutricionales de acuerdo con los lineamientos establecidos por el ICBF de acuerdo a la edad, que equivalen a 2744 refrigerios en 49 días de lunes a sábado.**

En el periodo comprendido entre el 18 de noviembre al 18 de diciembre de 2025 se brindó un refrigerio diario a 56 personas en situación de discapacidad (déficit cognitivo y/o asociado) por parte de la gobernación y 3 personas en condición de discapacidad del aporte de la ESAL. Entregando (1.456) refrigerios con las características sanitarias y nutricionales. **Anexo No. 3.** Minuta de almuerzos y refrigerios, y el **Anexo No. 4.** Lista de entrega de almuerzos y refrigerios.









CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo









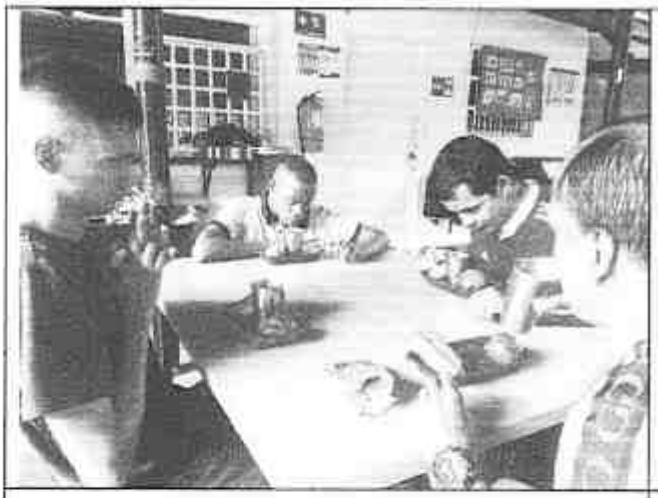




Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853
corporacionayudandoavivir@gmail.com

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853
corporacionayudandoavivir@gmail.com

4. **Garantizar el transporte a 56 beneficiarios mediante recorridos cerrados a los lugares de residencia, que presentan discapacidad intelectual (déficit cognitivo de leve a moderado, sensorial síndrome de Down y asociado), con el fin de garantizar la permanencia en el programa. El o los vehículos deberán contar con equipo de carretera según los exigido por el ministerio de transporte, seguro SOAT, seguro de accidente y robo y seguro de responsabilidad civil extracontractual.**

Se garantizó desde el 18 de noviembre al 18 de diciembre de 2025 el servicio de transporte puerta a puerta a 59 beneficiarios (56 beneficiarios del contrato y 3 beneficiarios del aporte de la ESAL). Cada ruta conto con su respectiva monitora para el abordaje y descenso del vehículo, de acuerdo con las normas escolares exigidas.

De acuerdo a lo exigido estos microbuses se encuentran afiliados a la empresa Trans Amaru SAS. y cuentan con los documentos requeridos para transitar exigidos por el Ministerio de Transporte, se verifico el cumplimiento de la vigencia activa de el Seguro Obligatorio SOAT, asi como también, seguro de Accidente y Robo y seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual. **Anexo No. 5.** Documentos de los vehiculos que presto el servicio y hojas de vida de los conductores. Como **Anexo No. 6** Listado de asistencia – transporte.



CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853


SKL 566
CAJICA


SMO 138




SKL 566


SWL 767


SKL 566


SKL 566
CAJICA

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo



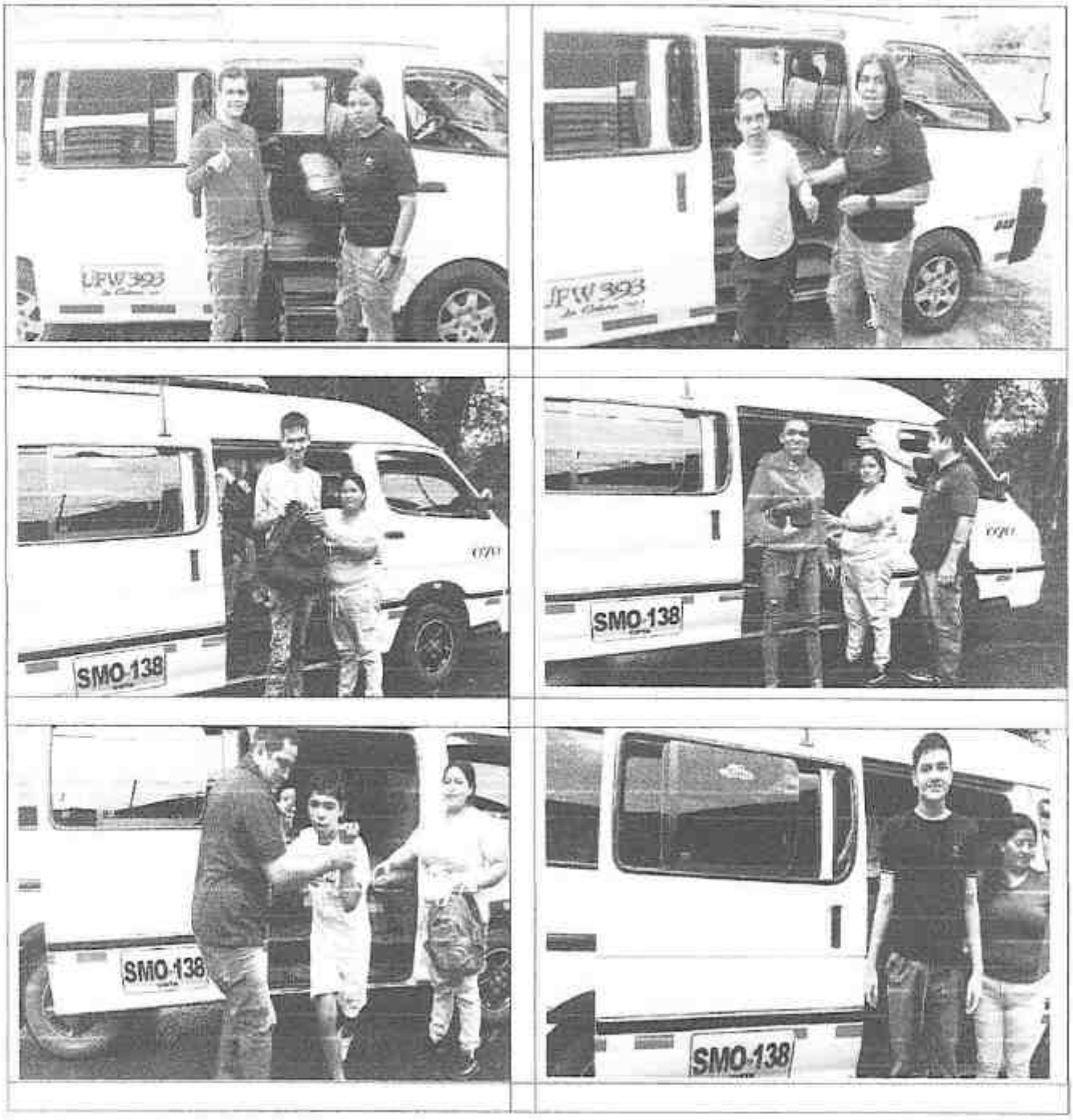
Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853



Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo



Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo



Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

5. **Efectuar una valoración interdisciplinaria inicial y una de egreso, en las áreas del desarrollo humano biopsicosocial (psicología); la cual se debe socializara a los padres de familia y/o cuidadores de los beneficiarios del programa y brindar acompañamiento y asesoría a las familias con el propósito de mejorar la dinámica interna y el proceso de atención a sus hijos.**

La valoración inicial fue realizada por los profesionales de psicología, fonoaudiología, terapia ocupacional y fisioterapia, quienes evaluaron de manera integral las áreas sociales y familiares de los beneficiarios.

Este proceso permitió identificar las necesidades, fortalezas y oportunidades de mejora de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes con discapacidad. Asimismo, se determinaron los recursos y estrategias necesarios para desarrollar una intervención efectiva y ajustada a cada caso.

Los resultados de la valoración fueron socializados con los padres de familia y/o cuidadores, con el fin de garantizar su comprensión y establecer conjuntamente un plan de acompañamiento que favorezca el bienestar y desarrollo integral de los beneficiarios.

Objetivos del proceso:

- **Objetivo principal:**

Realizar una valoración interdisciplinaria completa para conocer el estado actual de los beneficiarios en las áreas biopsicosociales, y proporcionar las herramientas necesarias para el acompañamiento y mejora en la dinámica familiar y el proceso de atención.

- **Objetivos específicos:**

1. Identificar las necesidades y fortalezas de los beneficiarios a través de la valoración en psicología.
2. Socializar los resultados de la valoración inicial con los padres y cuidadores, asegurando la comprensión y participación activa de la familia en el proceso.
3. Brindar asesoría y acompañamiento a las familias para mejorar la atención que brindan a sus hijos, fortaleciendo las dinámicas familiares y el bienestar de los beneficiarios.
4. Realizar una valoración de egreso para evaluar los avances y determinar acciones futuras.

La psicóloga dio orientaciones a las familias que de acuerdo a la valoración se requería para mejorar los procesos familiares y de desarrollo del beneficiario. Asi

mismo, se atendió de manera inmediata los llamados de los padres para darles a conocer el proceso de sus hijos dentro de la institución.

Por otro lado, el proceso de valoración interdisciplinaria resultó en una comprensión profunda de las necesidades de los beneficiarios y sus familias, lo que permitió diseñar intervenciones más efectivas y personalizadas. A través de las sesiones de socialización con los padres y cuidadores, se generó un compromiso activo para trabajar de manera conjunta en el desarrollo de los niños y adolescentes, mejorando la dinámica familiar y el proceso de atención.

Los resultados de la valoración de ingreso buscan demostrar avances significativos en los beneficiarios, tanto en su desarrollo personal como en la mejora de la relación con sus familias. Las familias adquirieron herramientas prácticas y estrategias para continuar con el proceso de atención, lo que garantiza la sostenibilidad de los logros obtenidos a lo largo del programa.

Anexo No. 7. Ficha de valoración interdisciplinaria.










Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853
corporacionayudandoavivir@gmail.com

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853
corporacionayudandoavivir@gmail.com

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

6. **Realizar atención especializada a nivel grupal acorde a las necesidades en relación con el fortalecimiento de capacidades y habilidades de los beneficiarios, teniendo en cuenta los diagnósticos y pronósticos de evolución.**

Se atendieron 59 personas en situación de discapacidad (56 beneficiarios de la gobernación y 3 beneficiarios como aporte de la ESAL) con discapacidad que fueron remitidos por la Secretaria Social de la coordinación del programa de discapacidad y/o Secretaria Social del Departamento del Meta, brindando atención grupal.

Los beneficiarios del programa fueron atendidos en el primer periodo comprendido entre el 18 de noviembre de 2025 hasta el 18 de diciembre de 2025, en dos grupos así:

- jornada de la mañana: 7:00 am a 12:00 m
- jornada de la tarde: 1:00 p.m. a 6:00 p.m.

Una vez se realizó la valoración de ingreso donde se identificó las capacidades motrices finas-gruesas, intelectuales, comportamental y sociales de cada beneficiario se estructuraron los trabajos a realizar durante el tiempo de ejecución del contrato, teniendo en cuenta que a través de estas actividades lúdicas deportivas, artísticas y pre vocacionales se fortalezca sus habilidades y se desarrolle capacidades tanto individuales como colectivas que favorezcan su interacción en los diferentes ámbitos sociales, familiares y ocupacionales, además se buscó reforzar en ellos destrezas que contribuyan a su desarrollo humano y generar espacios participativos en pro de brindarles estrategias para que en compañía de su núcleo familiar establezcan su proyecto de vida y autonomía para lograr una efectiva inclusión social donde puedan disfrutar de igualdad de oportunidades en los diferentes espacio educativos, recreativos, y hasta laborales orientados y apoyados por sus familias.

Anexo No. 08. Listado de asistencia beneficiarios

Para lograr lo mencionado anteriormente se desarrollaron diferentes actividades como:

6.1. ACTIVIDADES FORMATIVAS:

Desde esta área se realizaron diferentes actividades formativas:

1. Reconocimiento de nombre, números, lateralidad, motricidad fina, coloreado, etc, todo ello el en cuaderno y guías.
2. Pintura en cerámica con acrílicos, pinceles y lacas

3. Pintura en figuras de madera con acrílicos. troquelado, servilletas y lacas

Estas actividades ofrecen una valiosa oportunidad de aprendizaje práctico que prepara a los beneficiarios para la vida laboral. La cerámica, por ejemplo, fomenta el desarrollo de habilidades manuales y técnicas que son esenciales en muchos campos laborales, como la carpintería, la escultura o la producción artesanal. El proceso de creación de piezas en cerámica requiere atención al detalle, paciencia y precisión, competencias que son altamente valoradas en cualquier entorno de trabajo. Además, trabajar con materiales tangibles permite a los beneficiarios comprender la importancia de la calidad en el trabajo manual, lo cual es una habilidad crucial en muchas ocupaciones, desde la manufactura hasta la industria creativa.

El uso de cuadernos y la pintura en lienzo también tienen un impacto significativo en el desarrollo de habilidades laborales. La pintura en lienzo, por ejemplo, no solo fomenta la creatividad, sino que también enseña a los beneficiarios del programa a gestionar proyectos a largo plazo, organizar ideas y tomar decisiones respecto a los colores, formas y composiciones. Estas competencias son transferibles a cualquier entorno laboral que requiera planificación y toma de decisiones. Los cuadernos permiten desarrollar destrezas organizativas y comunicativas, ya que los beneficiarios pueden utilizar estas herramientas para plasmar ideas, realizar bosquejos o diseñar proyectos. Estas habilidades son esenciales en muchas carreras, especialmente en las áreas de diseño, arquitectura, marketing y desarrollo de productos.

Por último, el trabajo con figuras de madera implica el uso de herramientas, la habilidad para seguir instrucciones y la capacidad para trabajar con materiales variados, lo que proporciona una preparación valiosa para el ámbito laboral. Al igual que en la cerámica, trabajar con madera exige destreza manual, precisión y capacidad para transformar un material en un producto final, habilidades directamente aplicables en áreas como la carpintería, la restauración y la fabricación de productos personalizados. Además, estas actividades promueven la resolución de problemas y el trabajo en equipo, habilidades esenciales para cualquier puesto de trabajo. En conjunto, estas actividades no solo enriquecen el desarrollo artístico, sino que también equipan a los beneficiarios con competencias prácticas que les serán útiles en su vida laboral, brindándoles las herramientas necesarias para integrarse de manera efectiva en el mundo profesional.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853
corporacionayudandoavivir@gmail.com

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853
corporacionayudandoavivir@gmail.com

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

6.2. SALIDA PEDAGOGICA.

SALIDAD A CINE Y CENTRO COMERCIAL: La salida pedagógica al cine ofreció una experiencia educativa enriquecedora que permite a los estudiantes conectar el aprendizaje teórico con la realidad, a través del análisis y la reflexión sobre las temáticas que se abordan en las peliculas. Este tipo de actividad fomenta el pensamiento crítico, ya que tienen la oportunidad de observar situaciones, personajes y contextos que les invitan a cuestionar, interpretar y comprender diferentes realidades. Además, el cine es una herramienta poderosa para explorar aspectos culturales, históricos, sociales y emocionales, facilitando el desarrollo de la empatía y la comprensión de diversas perspectivas, lo que es fundamental en el desarrollo integral.

Las salidas pedagógicas al cine también promueven la integración de los conocimientos adquiridos de su entorno generando experiencias vivenciales. Ver una pelicula relacionada con un tema especifico permite a los estudiantes ampliar su comprensión y aplicar lo aprendido de manera más profunda y significativa. Además, estas actividades estimulan la creatividad, el trabajo en equipo y el debate, ya que los estudiantes pueden compartir sus opiniones y reflexiones sobre el contenido visto, lo que enriquece su proceso de aprendizaje. En definitiva, una salida pedagógica al cine es una forma innovadora de involucrar a los estudiantes en un aprendizaje activo, estimulando su interés y su capacidad para reflexionar sobre el mundo que los rodea.

Los beneficiarios llegaron ese día a las instalaciones de la Corporación, transportados en las rutas puerta a puerta en su horario habitual, una vez en la sede hicieron las primeras actividades de rutina, posteriormente tomaron su merienda y luego fueron transportados hasta el centro comercial para el ingreso al cine, donde tomaron otro refrigerio. Hicieron de igual forma su recorrido por el Centro Comercial socializando y viendo la dinámica de negocios. Una vez culminada la pelicula tomaron su almuerzo y fueron regresados a sus casas.

6.3 TALLER DE PADRES: "ARTE QUE RELAJA, CALMA QUE PERDURA"

El 29 de noviembre de 2025 se llevó a cabo el taller de manualidades dirigido a dos acudientes por beneficiario. La jornada se organizó en dos grupos, cada uno con una intensidad horaria de cinco (5) horas: de 7:00 a.m. a 12:00 m y de 1:00 p.m. a 6:00 p.m. **(ver Anexo No. 09. Listados de asistencia al taller).**

Este espacio formativo y vivencial estuvo enfocado en el área terapéutica, bajo la temática "Arte que relaja, calma que perdura", y tuvo como actividad central la pintura de figuras en madera.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo



Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853
corporacionayudandoavivir@gmail.com

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo










Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853
corporacionayudandoavivir@gmail.com

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853
corporacionayudandoavivir@gmail.com

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853
corporacionayudandoavivir@gmail.com

El taller contó con un doble propósito:

1. Fomentar habilidades que aporten al emprendimiento, brindando a las participantes herramientas que pueden convertirse en una alternativa para generar ingresos desde sus hogares.

2. Ofrecer una experiencia creativa y terapéutica, orientada a promover la relajación, la expresión emocional y el fortalecimiento de los lazos familiares.

Cada asistente recibió un kit completo de materiales que incluía figuras de madera, pinceles, pinturas acrílicas, lijas, selladores y elementos decorativos. Esto permitió a los cuidadores explorar su creatividad mientras adquirían nuevas habilidades manuales. Asimismo, se ofreció un refrigerio para apoyar la participación durante la extensa jornada.

La pintura en madera favorece el desarrollo de la concentración, la motricidad fina, la paciencia y la tolerancia a la frustración. Mediante la mezcla de colores, el lijado y la decoración personalizada de las piezas, los participantes pudieron conectar con su sensibilidad artística, experimentar bienestar emocional y aprender técnicas que pueden replicar con sus hijos en casa.

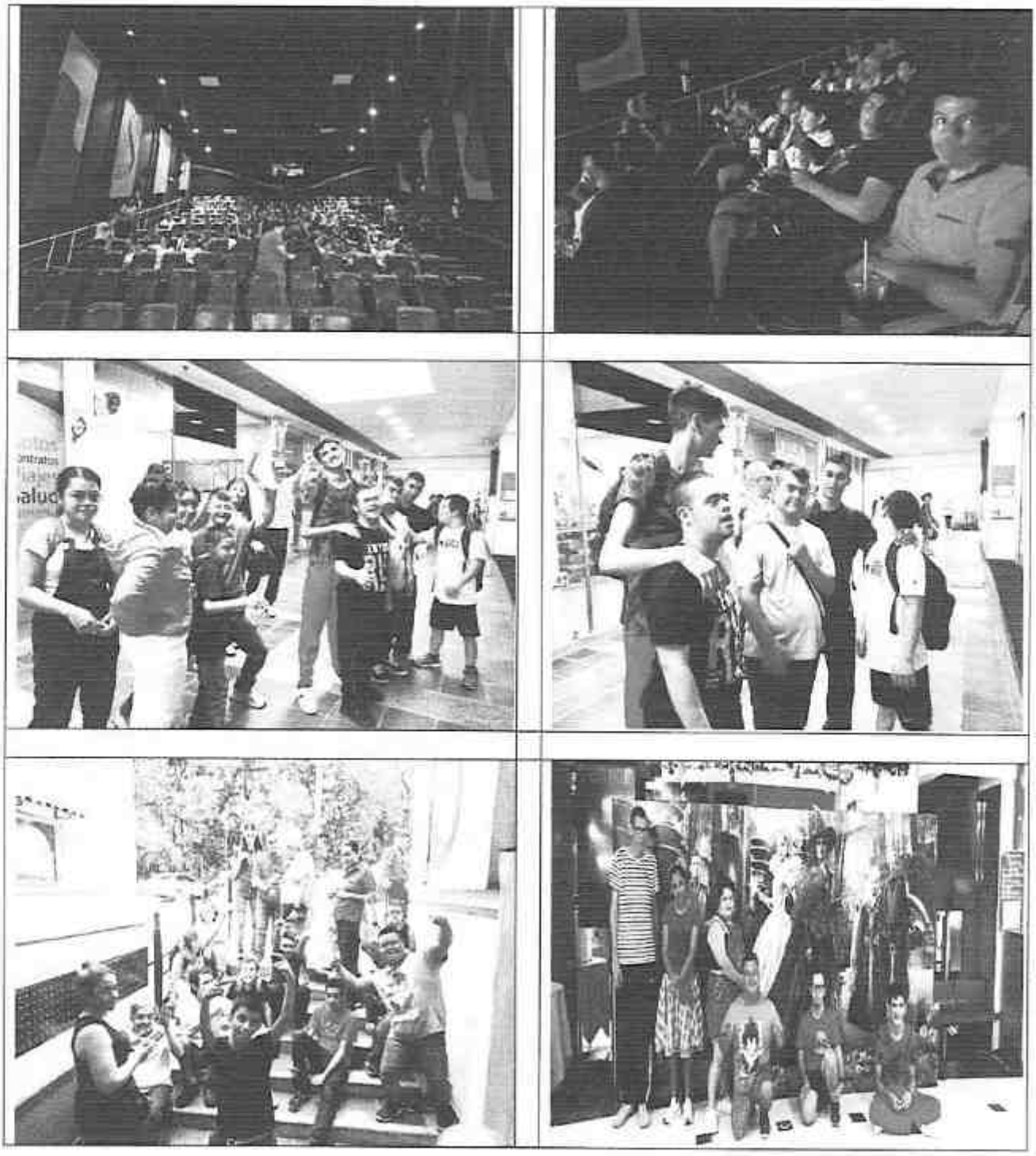
Más allá de su componente recreativo, este taller aportó significativamente a la construcción de una dinámica familiar positiva. La actividad permitió a los padres disfrutar de un tiempo de calidad, compartir ideas, fortalecer el diálogo y descubrir el valor del arte como herramienta terapéutica y de unión emocional. En este sentido, el taller no solo representó un espacio de aprendizaje y creación, sino también una oportunidad para vivir momentos de calma, conexión y expresión en un ambiente acogedor y constructivo.

6.4 SALIDA PEDAGOGICA.

SALIDAD PEDAGOGICA: La salida pedagógica es una actividad de gran importancia dentro del proceso formativo de los beneficiarios, ya que combina aprendizaje, recreación y desarrollo de habilidades sociales en un entorno distinto al habitual. Esta actividad no solo permitió disfrutar de un espacio de esparcimiento, sino que también cumplió un papel fundamental en su desarrollo integral, promoviendo aspectos físicos y emocionales.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo



Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853
corporacionayudandoavivir@gmail.com

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













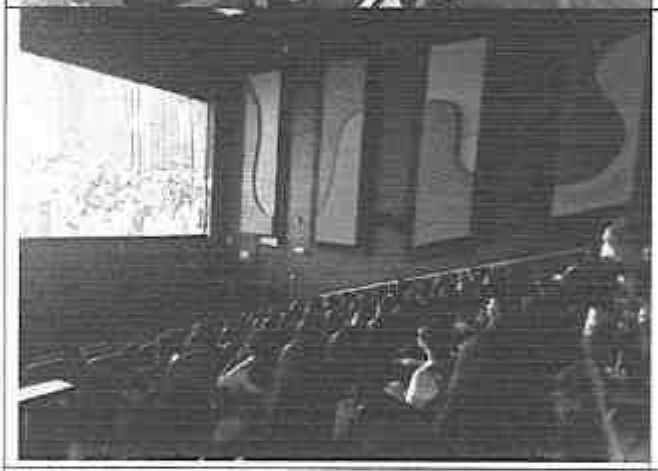
Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853
corporacionayudandoavivir@gmail.com

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia

Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

Es importante recordar que la actividad física desempeña un papel crucial en el bienestar general de los beneficiarios. Al participar en juegos y actividades acuáticas los beneficiarios pueden mejorar su condición física, la coordinación y los movimientos de su cuerpo, así como desarrollar habilidades motrices gruesas, lo cual es esencial para su salud y bienestar. Además, el entorno acuático favorece la relajación y reduce el estrés

Así mismo, esta salida fomentó el trabajo en equipo y la cooperación, como también combinó el aprendizaje práctico con experiencias recreativas y educativas. A través de juegos grupales y actividades conjuntas, los beneficiarios aprendieron a mejorar su interacción con sus pares, el juego en equipo y a colaborarse y resolver problemas entre ellos; habilidades que son vitales tanto en su vida diaria como en su futuro profesional. La interacción social en este contexto permite a los participantes fortalecer sus relaciones interpersonales, fomentar la empatía y desarrollar habilidades de resolución de conflictos en un ambiente dinámico y de colaboración.

La salida pedagógica es una excelente oportunidad para promover la importancia de disfrutar de espacios recreativos y naturales, contribuyendo a una educación más equilibrada que integra el aspecto físico y el disfrute del entorno. Esto también ayuda a los beneficiarios a adquirir una visión más amplia de los beneficios de un estilo de vida activo y saludable, integrando el aprendizaje de manera diferente.

Por último, esta salida pedagógica tiene un impacto significativo en el desarrollo físico, social y emocional de los beneficiarios, al tiempo que ofrece una experiencia única de aprendizaje fuera del aula que favorece la integración, la cooperación y el disfrute de momentos de esparcimiento.

6.5 JORNADA DE INTEGRACION SABATINA:

Esta actividad fue realizada en compañía del beneficiario y su respectivo acudiente, donde se brindó al medio día un almuerzo. Fueron transportados en 3 buses con capacidad de 42 pasajeros cada uno. Cada bus fue liderado por una docente y una persona del área terapéutica quienes estuvieron atentos en el recorrido para orientar tanto al usuario como a su acompañante. También estuvieron acompañados por la psicóloga, quien hizo asesoría en la dinámica familiar y dos asistentes en apoyo a las actividades realizadas. **Anexo No. 10. Listado de asistencia a la jornada de integración sabatina.**

El pasadía tiene como objetivo integrar a los padres de familia. En esta actividad se realizaron actividades grupalesde la siguiente forma:

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853
coordinadorayudandoavivir@gmail.com

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

- Diversión dirigida.
- Juego de tejo.
- Actividad físico-recreativa.
- Juegos y concursos por equipos.
- Circuito de obstáculos.
- Competencias en tierra.
- Competencias en agua.
- Acompañamiento en actividades.
- Guerra de globos
- RumbaKids.
- Dos (2) banderas por equipos.

Este día fue una oportunidad para fortalecer los lazos entre sus familias, creando un ambiente de colaboración y apoyo mutuo. Esta actividad no solo les permitió disfrutar de una experiencia recreativa, sino que también involucró a los padres en el proceso de aprendizaje y desarrollo de sus hijos. Al compartir un día en un entorno diferente, los padres pudieron observar de primera mano cómo sus hijos interactúan con sus compañeros pares, cómo aplican lo aprendido y cómo se desarrollan en situaciones fuera de su rutina diaria. Este tipo de interacción favorece la creación de un espacio de confianza y comunicación entre las familias, lo que es clave para el desarrollo de los usuarios con una discapacidad generando un apoyo positivo y participativo.

De las actividades mencionadas es escogieron unos ganadores para incentivar a la participación familiar.

6.6 ARTES:

Dentro del periodo ejecutado y en los horarios que le correspondió a cada beneficiario realizaron actividades artísticas, las cuales fueron fundamentales para el desarrollo integral de cada uno, ya que favorecían tanto la creatividad como la expresión emocional. A través de actividades como el coloreado, la pintura, el dibujo y las manualidades, los participantes tuvieron la oportunidad de explorar su imaginación y descubrir nuevas formas de comunicarse, actividades que potencian su capacidad para resolver problemas y trabajar en equipo. Además, el arte fomenta la conciencia emocional, ya que permite a los niños y jóvenes expresar sus sentimientos de manera libre y segura, promoviendo el autoconocimiento y la empatía hacia los demás. Estas experiencias también brindan un espacio para fortalecer la autoestima, ya que los beneficiarios pueden apreciar sus logros y progresos a través de sus creaciones.

Dentro del área de artes, se realizan diversas actividades que contribuyen al desarrollo de habilidades artísticas y emocionales. Entre ellas, se incluyen actividades de coloreado, donde los beneficiarios aprenden a manejar colores y formas; actividades musicales, como el canto y el uso de instrumentos sencillos, que estimulan la coordinación y la memoria; y danzas que promueven la expresión corporal y la coordinación motriz. También se llevan a cabo actividades en cuaderno, como dibujos y ejercicios de pintura, que favorecen la concentración y el detalle. Las manualidades sencillas permiten trabajar la motricidad fina y el trabajo en equipo, a la vez que se desarrollan habilidades de observación artística, fundamentales para apreciar la belleza en su entorno. Estas actividades no solo enriquecen el desarrollo artístico de los beneficiarios, sino que también promueven su bienestar emocional y social.



6.7 LUDICAS:

Dentro del periodo ejecutado y en los horarios que le correspondió a cada beneficiario realizaron actividades lúdicas, los cuales juegan un papel crucial en el desarrollo social, emocional y cognitivo de los beneficiarios, ya que ofrecen espacios de interacción, aprendizaje y recreación. A través de actividades como la lectura de cuentos, caminatas y juegos sencillos grupales, se fomenta la comunicación y el trabajo en equipo, permitiendo a los niños, niñas, jóvenes y adolescentes fortalecer sus relaciones personales. Estas dinámicas contribuyen a la integración social, mejorando la capacidad de compartir y colaborar en un ambiente de respeto mutuo, lo que favorece la construcción de vínculos positivos dentro del grupo. Además, las actividades lúdicas permiten la estimulación intelectual y emocional, brindando herramientas para el desarrollo personal.

En el área lúdica, se realizan diversas actividades que abarcan tanto el desarrollo físico como cognitivo. La lectura de cuentos, que busca fomentar la imaginación, la comprensión lectora y la concentración, mientras que las caminatas ofrecen un espacio para la actividad física moderada y la conexión con el entorno. Juegos grupales sencillos que son esenciales para el desarrollo de habilidades motrices, ya que requieren coordinación, equilibrio y destreza física. Al mismo tiempo, estos juegos contribuyen a la socialización, promoviendo la cooperación y la resolución de problemas en equipo. En conjunto, estas actividades permiten a los beneficiarios mejorar sus capacidades intelectuales, físicas y sociales, generando una experiencia enriquecedora para su desarrollo integral.





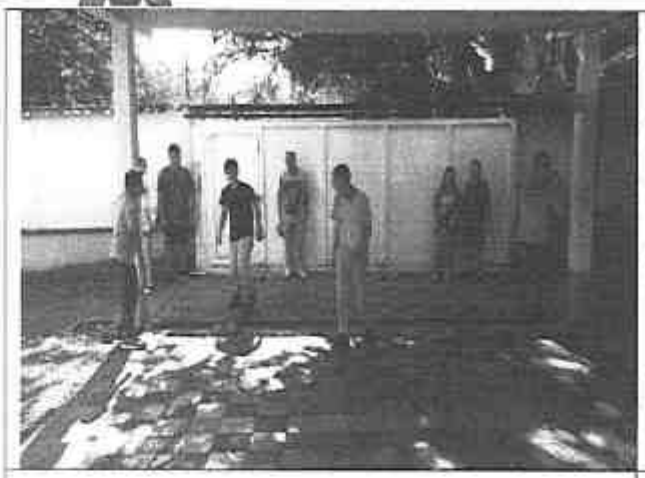
6.8 DEPORTES:

Dentro del periodo ejecutado y en los horarios que le correspondió a cada beneficiario realizaron actividades deportivas como la natación teniendo en cuenta que es una actividad de gran valor terapéutico y deportivo que ofrece múltiples beneficios para el desarrollo físico y emocional de los niños, niñas, jóvenes ya adolescentes. En el marco del programa, se realiza una sesión semanal los viernes, acompañados por sus respectivas docentes, lo que garantiza un entorno seguro y adecuado para el desarrollo de habilidades motoras, tónico muscular, equilibrio y propiocepción dentro del agua. Esta actividad no solo favorece el desarrollo físico, sino que también proporciona un espacio para la estimulación sensorial, permitiendo a los beneficiarios mejorar su coordinación y capacidades motoras en un entorno controlado y accesible.

Además de sus beneficios físicos, la natación tiene un impacto positivo en la salud mental y emocional de los beneficiarios. Se ha evidenciado que esta actividad contribuye a la reducción del estrés, disminuye los síntomas de ansiedad y mejora la calidad del sueño, promoviendo un bienestar integral de los usuarios que son partícipes del programa. También se trabaja en el establecimiento de hábitos saludables, contribuyendo a la prevención de problemas de salud a largo plazo, como el control de peso. De este modo, el programa de natación busca no solo mejorar las capacidades físicas, sino también promover un estilo de vida más saludable y equilibrado para los usuarios, brindando una herramienta útil para su bienestar general.










6.9 Participación de actividades grupales desde el área de fonoaudiología.

En este programa Fonoaudiología se enfoca a desarrollar actividades sencillas que permitan la promoción de la salud comunicativa a través de pautas de estimulación del lenguaje a partir del juego y el desarrollo de la intención comunicativa, además de la comprensión y la producción de vocabulario inicial y para los jóvenes más avanzados la comprensión lectora.

OBJETIVOS PRINCIPALES

• Favorecer la comunicación funcional (oral, gestual, aumentativa o alternativa) para mejorar la autonomía y participación social.

• Desarrollar habilidades lingüísticas (comprensión y expresión) acorde al nivel cognitivo y comunicativo del usuario

• Mejorar comprensión, expresión y uso funcional del lenguaje.

Plan de intervención

• Evaluación inicial para establecer el perfil comunicativo, lingüístico, cognitivo-comunicativo y orofacial

• Realizar actividades de tipo de grupal que refuercen rutinas sociales, juegos de asociación, comprensión lectora.

• Realizar de forma práctica, vivencial y de manera grupal ejercicios fonéticos y fonológicos (discriminación auditiva, producción aislada de silabas, palabras, frases) Juegos de soplo y coordinación fono-respiratoria y actividades de ritmo y prosodia (palmadas, canciones, rimas)

Actividades a Ejecutar y materiales a utilizar:

KIT LECTO-COMUNICATIVO SENSORIAL

1. Taller de Lectura de Cuentos: Es una actividad guiada donde se utilizaron literatura infantil o juvenil para desarrollar habilidades lingüísticas, cognitivas, desarrollo de vocabulario, mejor compresión oral, respetar turnos conversacionales.

2. Taller de títeres: esta estrategia lúdica contribuye a la estimulación del lenguaje, comunicación, articulación y habilidades sociales.

3. Taller de motricidad oro-motora: es una actividad grupal destinadas a estimular, fortalecer y coordinar lo músculos orofaciales (labios, lengua, mejillas, mandíbula, velo del paladar) que participan en el habla, la alimentación, la respiración y la deglución

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

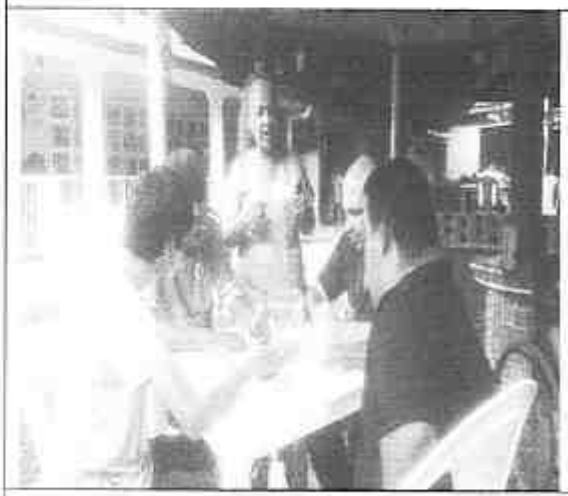
Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 310 401 2549 – 313 293 7853
corporacionayudandoavivir@gmail.com

6.10 Participación de actividades grupales desde el área de terapia ocupacional

En este programa terapia ocupacional se enfoca en promover la autonomía y la inclusión, ayudando a las personas con discapacidad intelectual a desarrollar habilidades para la vida diaria, sociales, cognitivas y de comunicación. A través de actividades adaptadas, como juegos, ejercicios y entrenamiento en habilidades, para fomentar la independencia y mejorar la calidad de vida de los niños, niñas, jóvenes, adolescentes y adultos con discapacidad

Objetivos principales:

• Fomentar la independencia: Ayudar en actividades básicas de la vida diaria como higiene personal, ducha, vestuario, alimentación, uso del baño, control de esfínteres, así como en la movilidad funcional y actividad personal.

• Desarrollar habilidades cognitivas: Mejorar la memoria, la atención, la resolución de problemas y la toma de decisiones a través de ejercicios y juegos adaptados.

• Mejorar las habilidades sociales: Facilitar la interacción social, el establecimiento de relaciones y la participación en la comunidad.

• Fomentar independencia y funcionalidad en el desempeño de actividades de tipo instrumental como realizar tareas domésticas (barrer, trapear, limpiar polvo, tender camas, planchar, organizar), y preparar alimentos

Plan de intervención

• Evaluación integral: Identificar las habilidades, intereses y desafíos de la persona para realizar una intervención de tipo grupal de corto plazo según el desarrollo del programa

• Apoyo conductual: Implementar estrategias para gestionar alteraciones de conducta y promover la estabilidad emocional.

• Realizar actividades de tipo de grupal a través de actividades lúdicas como rompecabezas, juegos de mesa, laberintos entre otros

• Realizar de forma práctica, vivencial y de manera grupal actividades de higiene menor, higiene mayor, actividades de tipo instrumental

Actividades a Ejecutar y materiales a utilizar

KIT DE ASEO:

1. LAVADO DE MANOS: Practica hábitos relacionados al lavado de manos, reconociendo los momentos en los que es necesario hacerlo, utilizando adecuadamente el lavatorio e identificando los materiales necesarios para la ejecución de esta actividad.

2. LAVADO DE CARA: Practica hábitos de higiene relacionado al lavado de la cara, identificando los momentos en los que es necesario lavarse, utilizando correctamente el lavatorio e identificando los útiles de aseo para el lavado y secado de la cara

3. PEINADO: Practica hábitos relacionados a la presentación personal como el peinado, reconociendo cuando hacerlo, utilizando el peine y otros útiles de manera autónoma.

4. CEPILLADO DE DIENTES: Practica hábitos relacionados a la higiene personal como el cepillado de dientes haciéndolo después de cada comida, identificando los útiles necesarios y dejando limpio el lavatorio.

5. HIGIENE MAYOR: Practica hábitos relacionados a la higiene personal como la ducha, reconociendo las diferentes partes del cuerpo, mostrando interés por cuidarse, identificando y utilizando de manera adecuada los útiles de aseo necesarios para esta actividad y utilizando adecuadamente las llaves de la ducha y el mismo espacio

7. VESTIDO: Participa en las acciones de vestido y desvestido identificando las prendas de vestir y actuando con iniciativa y de forma cada vez más autónoma cuidando su propia imagen y su presentación personal. Para ello debe reconocer la parte de delante y de detrás, derecho y revés de la ropa, reconociendo también cuando debe cambiarse de prenda y seleccionando la ropa adecuada según el clima y la ocasión

KIT DE VIDA Y ENTORNO FUNCIONAL

1. TALLER DE TAREAS DOMESTICAS: practica de hábitos relacionados con actividades para aprender a realizar tareas del hogar como barrer, trapear, limpiar, tender camas y planchar

2. TALLER DE COCINA: preparación de la comida y la limpieza: planificar, preparar y servir los alimentos, incluye la limpieza de los alimentos y los utensilios después de la comida.



Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 310 401 2549 – 313 293 7853
corporacionayudandoavivir@email.com

6.11 Participación de actividades grupales desde el área de fisioterapia

La fisioterapia en este programa tiene como fin **mejorar la movilidad, la autonomía, la postura, el equilibrio, la fuerza muscular y la participación funcional** de la persona con discapacidad intelectual en su vida diaria. Interviene tanto en **desarrollo motor**, como en **prevención de complicaciones físicas** y **promoción de independencia.**

OBJETIVOS PRINCIPALES

- **Favorecer la adquisición o mejora de habilidades motoras gruesas** (caminar, corre, saltar)
- **Mejorar el control postural y el equilibrio**
- Mejorar o mantener fuerza de extremidades y tronco

Plan de intervención

- Evaluación inicial para establecer la condición física y motora actual del beneficiario
- Realizar actividades de tipo de grupal que refuercen la salud física y prevención del sedentarismo

Actividades a Ejecutar y materiales a utilizar

KIT DE COORDINACION Y CONTROL MOTOR

1. Actividad recreativa y deportiva de manera grupal
2. Actividades físicas dirigidas como caminatas, ejercicios terapéuticos y de entrenamiento funcional





CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 310 401 2549 – 313 293 7853
corporacionayudandoavivir@gmail.com

6.12 Actividades culinarias

Durante el periodo establecido, se desarrollaron diversas actividades culinarias dirigidas a cada uno de los beneficiarios, con el propósito de fortalecer sus habilidades prácticas en la preparación de alimentos, promover la autonomía personal y estimular su participación activa en espacios formativos. Estas actividades se realizaron utilizando ingredientes de cocina seleccionados para la elaboración de **arepas, hamburguesas y perros calientes**, permitiendo abordar técnicas básicas de manipulación de alimentos, organización y seguimiento de instrucciones.

Cada beneficiario participó en todas las etapas del proceso culinario: elección y preparación de los ingredientes, donde se aportaron todos los kits estipulados en el contrato con aplicación de normas de higiene, técnicas sencillas de cocción y presentación final de los alimentos. Estas dinámicas se llevaron a cabo en un entorno guiado y seguro, favoreciendo la adquisición de aprendizajes significativos.

Beneficios Observados:

1. Desarrollo de habilidades culinarias básicas: Los beneficiarios aprendieron procedimientos esenciales como amasar, cortar, mezclar, armar preparaciones y utilizar utensilios de forma adecuada.
2. Fomento de la autonomía y la independencia: La participación activa en la elaboración de alimentos incrementó su capacidad para realizar tareas cotidianas por sí mismos.
3. Estimulación de la motricidad fina y gruesa: Actividades como moldear, mezclar, manipular utensilios o armar las preparaciones contribuyeron al fortalecimiento de sus habilidades motoras.
4. Promoción del trabajo en equipo y la convivencia: Las actividades grupales fomentaron la colaboración, el respeto y la comunicación entre los participantes.
5. Incremento de la autoestima y la seguridad personal: Al observar los resultados de su propio trabajo culinario, los beneficiarios mostraron mayor confianza y satisfacción personal.
6. Educación en hábitos de higiene y alimentación: Se reforzaron rutinas de limpieza antes, durante y después del proceso culinario, así como la importancia de una alimentación variada.

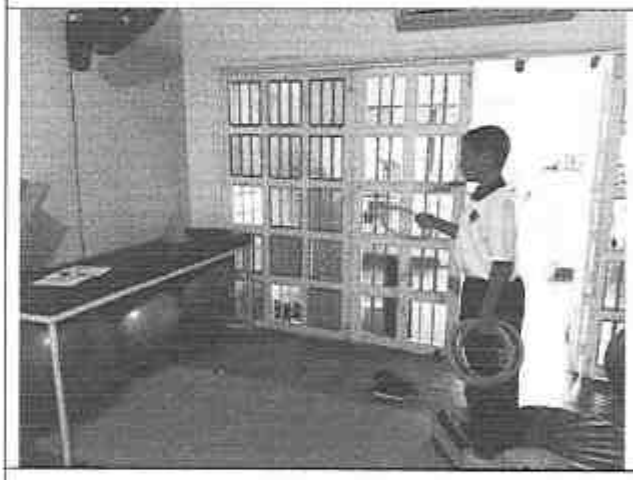
En conjunto, estas actividades culinarias representaron un espacio significativo de aprendizaje y convivencia, contribuyendo al desarrollo integral de los beneficiarios y fortaleciendo sus capacidades funcionales y sociales.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

8. **Elaborar una ficha de evolución y seguimiento individual por cada beneficiario con discapacidad atendidos.**

Los beneficiarios fueron divididos en tres grupos en cada jornada, asignados a cada técnica en pedagogía y/o auxiliar de pedagogía, de acuerdo a su edad, su altura, sus destrezas y habilidades.

Cada beneficiario contó con una ficha de valoración, evolución y seguimiento, donde el área terapéutica, reportaron su valoración de ingreso, sus destrezas e integración de cada uno. Así misma, dentro del periodo de ejecución contractual, indicaron como fue el comportamiento con sus pares y como mejoró sus habilidades en todo ámbito. Se aporta como **Anexo No. 7 Ficha de valoración**

9. **Rendir informes de acuerdo con la solicitud realizada por el Supervisor soportado con registro fotográfico y planillas de atención de acuerdo con las actividades desarrolladas, en medio físicas y digital**

Se rinde el presente informe dando a conocer las actividades desarrolladas, adjuntando el registrado fotográfico y las planillas de atención y memoria USB, que se entregara en el último informe.

10. **Prestar el servicio del personal que vayan a emplear para la ejecución del contrato con el nivel de estudios y experiencia requeridos, es decir idóneos y capacitados para el desarrollo de las actividades de manera efectiva, garantizando que cumplan las condiciones técnicas, personales, sociales, mentales y legales. Así como también, deberá cumplir con todas las obligaciones de índole laboral y de seguridad social con dicho personal.**

Para la ejecución del contrato, la entidad contó con un equipo de trabajo idóneo, capacitado y con la formación académica y experiencia requeridas para el desarrollo efectivo de las actividades. Cada uno de los profesionales y auxiliares vinculados cumplió con las condiciones técnicas, personales, sociales, mentales y legales exigidas para garantizar un servicio de calidad.

Adicionalmente, la Entidad realizó el debido seguimiento y verificación del cumplimiento de las obligaciones en materia de seguridad social y obligaciones del contratista, constatando que el personal vinculado contara con afiliación vigente a los sistemas de salud, pensión y riesgos laborales.

En respaldo de lo anterior, **se adjunta la Seguridad Social del personal que participó en el desarrollo del programa (Anexo 11. Planilla de Seguridad Social)** y **las hojas de vida del equipo profesional y de apoyo (Anexo 12. Hojas de vida del personal)**.

A continuación, se presenta el personal que intervino en la ejecución del contrato:

- **Andrés Felipe Ramírez Garnica.** – Representante Legal de la Corporación
- **Angie Viviana Ariza Durán** – Coordinadora y asistencia técnica, con licencia temporal para ejercer la abogacia
- **Ana Graciela Cantor Beltrán** – Manipuladora de Alimentos
- **Emma Stella Ruiz Rubiano** – Psicóloga
- **Jeimy Karolina Cubides** – Técnico laboral en competencias a la primera infancia.
- **Jefferson Andrés Gómez Méndez** – Fisioterapeuta
- **Claudia Patricia Bejarano Roldán** – Fonoaudióloga
- **Janneth Constanza Garnica Lozada** – Terapeuta Ocupacional
- **Teresita Mateus de Díaz** – Auxiliar de Servicios Generales
- **Sandra Milena Gutiérrez** – Auxiliar en Pedagogía
- **Camila Villamizar** – Auxiliar en Pedagogía

De esta manera, se certifica que el personal asignado cumplió con los requisitos de idoneidad y capacitación, así como con las obligaciones laborales y de seguridad social establecidas, garantizando el adecuado desarrollo del programa.

Corporación Ayudando a Vivir con Esperanza, Amor y Trabajo

Mes de Cotizado	NOVIEMBRE
Fecha de Pago	2025/12/15
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$ 2.065.217
Número de Planilla	7999239492
Valor pagado en SALUD	$ 258.200
Valor pagado en PENSIÓN	$ 330.500
Valor pagado en ARL	$ 10.800
Valor pagado en CCF	$ 82.700

Mes de Cotizado	DICIEMBRE
Fecha de Pago	2025/12/16
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$ 2.065.217
Número de Planilla	7999372869

Valor pagado en SALUD	$ 258.200
Valor pagado en PENSIÓN	$ 330.500
Valor pagado en ARL	$ 10.800
Valor pagado en CCF	$ $ 82.700

Angie Viviana Ariza Duran- Coordinadora y asistente técnica.

Mes de Cotizado	NOVIEMBRE (2025-11)
Fecha de Pago	01/12/2025
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$1.423.500
Número de Planilla	91908625
Valor pagado en SALUD	$178.000
Valor pagado en PENSIÓN	$227.800
Valor pagado en ARL	$7.500
Valor pagado en CCF	$28.500

Mes de Cotizado	DICIEMBRE (2025-12)
Fecha de Pago	16/12/2025
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$1.423.500
Número de Planilla	92403382
Valor pagado en SALUD	$178.000
Valor pagado en PENSIÓN	$227.800
Valor pagado en ARL	$7.500
Valor pagado en CCF	$28.500

Ana Graciela Cantor Beltrán – Manipuladora de Alimentos

Mes de Cotizado	NOVIEMBRE
Fecha de Pago	2025/12/16

IBC (Ingreso Base de Cotizaciòn)	$ 1.423.500
Número de Planilla	7999171480
Valor pagado en SALUD	$179.300
Valor pagado en ARL	$7.600

Mes de Cotizado	DICIEMBRE
Fecha de Pago	2025/12/16
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$ 1.423.500
Número de Planilla	7999450266
Valor pagado en SALUD	$179.300
Valor pagado en ARL	$7.600

Emma Stella Ruiz Rubiano - Psicóloga

Mes de Cotizado	NOVIEMBRE
Fecha de Pago	2025/12/01
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$ 1.423.500
Número de Planilla	9495650018
Valor pagado en SALUD	$ 178.000
Valor pagado en ARL	$ 7.500

Mes de Cotizado	DICIEMBRE
Fecha de Pago	2025/12/16
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$ 1.423.500
Número de Planilla	9496473623
Valor pagado en SALUD	$ 178.000
Valor pagado en ARL	$ 7.500

Jeimy Karolina Cubides Moreno– Técnico en Pedagogía

Mes de Cotizado	NOVIEMBRE
Fecha de Pago	16/12/2026
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$ 1.423.500
Número de Planilla	92408927
Valor pagado en SALUD	$ 154.300
Valor pagado en PENSIÓN	$ 197.400
Valor pagado en ARL	$ 6.500
Valor pagado en CCF	

Mes de Cotizado	DICIEMBRE
Fecha de Pago	16/12/2026
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$ 1.423.500
Número de Planilla	92408942
Valor pagado en SALUD	$ 178.000
Valor pagado en PENSIÓN	$ 227.800
Valor pagado en ARL	$ 7.500
Valor pagado en CCF	

Jefferson Andrés Gómez Méndez – Fisioterapeuta

Mes de Cotizado	NOVIEMBRE DE 2025
Fecha de Pago	2025-12-03
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$1.423.500
Número de Planilla	82111252
Valor pagado en SALUD	$178.000
Valor pagado en PENSIÓN	$227.800
Valor pagado en ARL	$14.900

Mes de Cotizado	DICIEMBRE DE 2025
Fecha de Pago	2025-12-16
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$1.423.500
Número de Planilla	82424946
Valor pagado en SALUD	$178.000
Valor pagado en PENSIÓN	$227.800
Valor pagado en ARL	$14.900

Claudia Patricia Bejarano Roldán – Fonoaudióloga

Mes de Cotizado	NOVIEMBRE
Fecha de Pago	2025/12/16
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$ 1.423.500
Número de Planilla	7999435283
Valor pagado en SALUD	$ 178.100
Valor pagado en PENSIÓN	$ 228.000
Valor pagado en ARL	$ 7.500
Valor pagado en CCF	

Mes de Cotizado	DICIEMBRE
Fecha de Pago	2025/12/16
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$ 1.423.500
Número de Planilla	7999437006
Valor pagado en SALUD	$ 178.100
Valor pagado en PENSIÓN	$ 228.000
Valor pagado en ARL	$ 7.500
Valor pagado en CCF	

Jannelh Constanza Gamica Lozada – Terapeuta Ocupacional

Mes de Cotizado	NOVIEMBRE
Fecha de Pago	2025/12/16
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$ 1.423.500
Mes de Cotizado	DICIEMBRE
Fecha de Pago	2025/12/16
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$ 1.423.500
Número de Planilla	9496401320
Valor pagado en SALUD	$ 178.000
Valor pagado en PENSIÓN	$ 227.800
Valor pagado en ARL	$ 7.500
Valor pagado en CCF	

Teresita Mateus de Diaz – Auxiliar de Servicios Generales

Mes de Cotizado	NOVIEMBRE
Fecha de Pago	2025/12/16
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$ 1.423.500
Número de Planilla	9496484027
Valor pagado en SALUD	$ 178.000
Valor pagado en ARL	$ 7.500

Mes de Cotizado	DICIEMBRE
Fecha de Pago	2025/12/16
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$ 1.423.500
Número de Planilla	9496484848
Valor pagado en SALUD	$ 178.000
Valor pagado en ARL	$ 7.500

Sandra Milena Gutiérrez – Auxiliar en Pedagogía

Mes de Cotizado	NOVIEMBRE
Fecha de Pago	2025/12/16
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$ 1.423.500
Número de Planilla	7998558217
Valor pagado en SALUD	$ 178.000
Valor pagado en PENSIÓN	$ 227.800
Valor pagado en ARL	$ 7.500
Mes de Cotizado	DICIEMBRE
Fecha de Pago	2025/12/16
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$ 1.423.500
Número de Planilla	7999388511
Valor pagado en SALUD	$ 178.000
Valor pagado en PENSIÓN	$ 227.800
Valor pagado en ARL	$ 7.500
Valor pagado en CCF	

Camila Villamizar – Auxiliar en Pedagogía

Mes de Cotizado	NOVIEMBRE
Fecha de Pago	16/12/2025
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$ 1.423.500
Número de Planilla	92383635
Valor pagado en SALUD	$ 179.300
Valor pagado en PENSIÓN	$ 229.400
Valor pagado en ARL	$ 7.600
Valor pagado en CCF	

Mes de Cotizado	DICIEMBRE
Fecha de Pago	16/12/2025
IBC (Ingreso Base de Cotización)	$ 1.423.500
Número de Planilla	92403554
Valor pagado en SALUD	$ 178.000
Valor pagado en PENSIÓN	$ 227.800
Valor pagado en ARL	$ 7.500
Valor pagado en CCF	

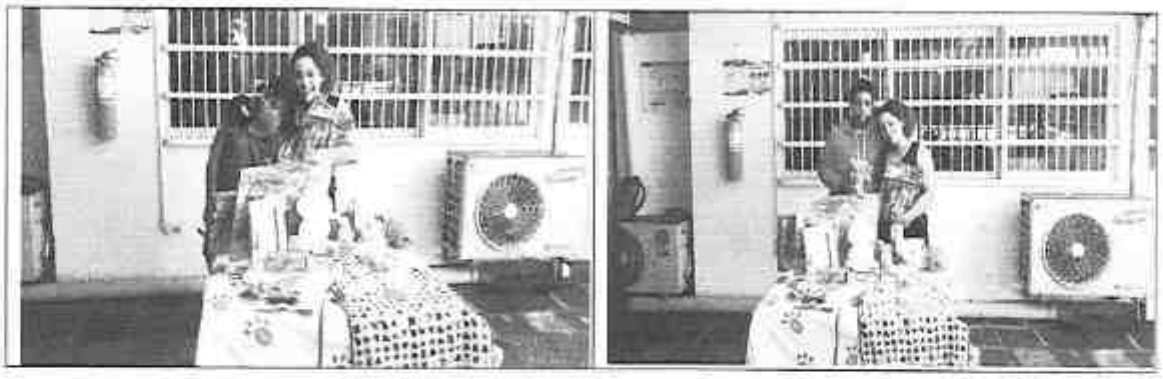
11. Realizar la dotación de elementos y herramientas de trabajo necesario al personal que contrate para la ejecución de las obligaciones convenidas.

El contratista garantizó el suministro oportuno y completo de todas las herramientas, materiales, insumos y recursos necesarios para el adecuado cumplimiento de las obligaciones convenidas en el contrato. Dichos elementos fueron entregados en condiciones óptimas, permitiendo el desarrollo eficiente de cada una de las actividades programadas y asegurando que no se presentaran limitaciones operativas.

Esta gestión se encuentra debidamente respaldada en el **Certificado de Entrada y Salida de Almacén**, documento que registra formalmente la entrega y disposición de los materiales utilizados durante la ejecución del programa. Este soporte demuestra el cumplimiento de las obligaciones logísticas y la correcta administración de los insumos por parte del contratista. **(Anexo 13. Certificados de Entrada y Salida de Almacén.)**

12. Atender a los jóvenes y adultos con discapacidad que sean remitidos por la coordinación del programa de discapacidad y/o Secreteria Social de la Gobernación del meta, haciendo uso del Kit de materiales en las actividades desarrolladas, de manualidades, artes, lúdicas y demás que le permitan mejorar sus condiciones, habilidades y destrezas.

Se dio inicio al proceso de atención de los 59 beneficiarios a partir del 18 de noviembre de 2025, donde se hizo entrega del kit de materiales para el desarrollo de las actividades de tipo grafo motor, manualidades, artes, lúdicas y demás según las habilidades y destrezas de cada uno.



Anexo **13.** Comprobantes de Almacén Municipal.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo









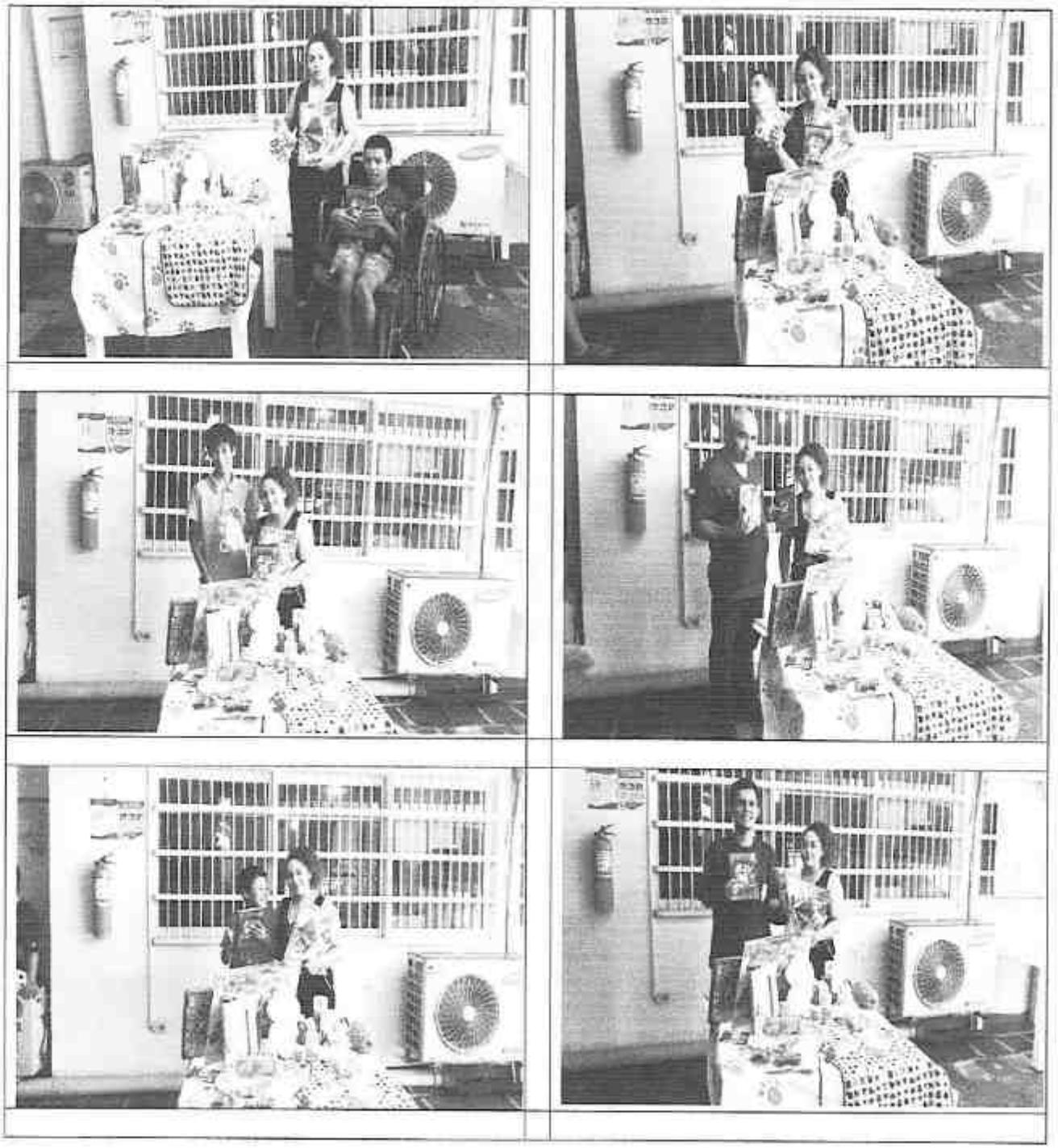




Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo



Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 313 2937853

APORTE DE LA ESAL.

Atención integral a personas con discapacidad cognitiva y/o asociada de carácter permanente en condición de vulnerabilidad en el Municipio de Villavicencio que incluye. Alimentación: almuerzo- refrigerio (raciones preparadas servidas de acuerdo al ciclo de la minuta establecida por la Nutricionista) para los beneficiarios del programa. El centro contara con el siguiente Talento Humano: Un (1) coordinador), (1) psicólogo (1) Terapeuta Ocupacional (1) Fisioterapeuta (1) Fonoaudiólogo, (1) técnicos en pedagogía, (1) manipulador de alimentos en cumplimiento de la normatividad con carnet de manipulación de alimentos vigente y un (1) auxiliar de servicios generales, (2) Auxiliares de pedagogía para atender los beneficiarios del programa, servicios de transporte y kit de materiales para los 59 beneficiarios del programa.

Se atendió durante el 18 de noviembre al 15 de diciembre de 2025, de lunes a sábados a tres (3) beneficiarios con discapacidad como aporte de la ESAL, los cuales fueron remitidos por la Supervisora asignada por la secretaria Social.

Como se indicó en la propuesta, el aporte de la ESAL corresponde a la atención de tres (3) beneficiarios, las cuales se identifican así:

ITEM	APELLIDOS	NOMBRE	DOCUMENTO	NUMERO
01	VELASQUEZ ARDILA	OMAR SNEIDER	CEDULA DE CIUDADANI	1121870993
02	VELASQUEZ BARRAGAN	DANIEL RICARDO	TARJETA DE IDENTIDAD	1122524723
03	VERGARA TORO	PAULA ANDREA	TARJETA DE IDENTIDAD	1029993941

Durante este periodo, tuvieron la misma atención que los demás beneficiarios: Valoración por parte del grupo de profesionales, almuerzo-refrigerio, transporte, salida pedagógica (cine y centro comercial), pasadía, taller de manualidades para dos acompañantes por beneficiario (Taller de padres, figuras de madera), actividades formativas, artísticas, lúdicas deportivas y kit de materiales.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo













Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 310 401 2549 – 313 293 7853
corpocacionayudandoavivir@gmail.com

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo



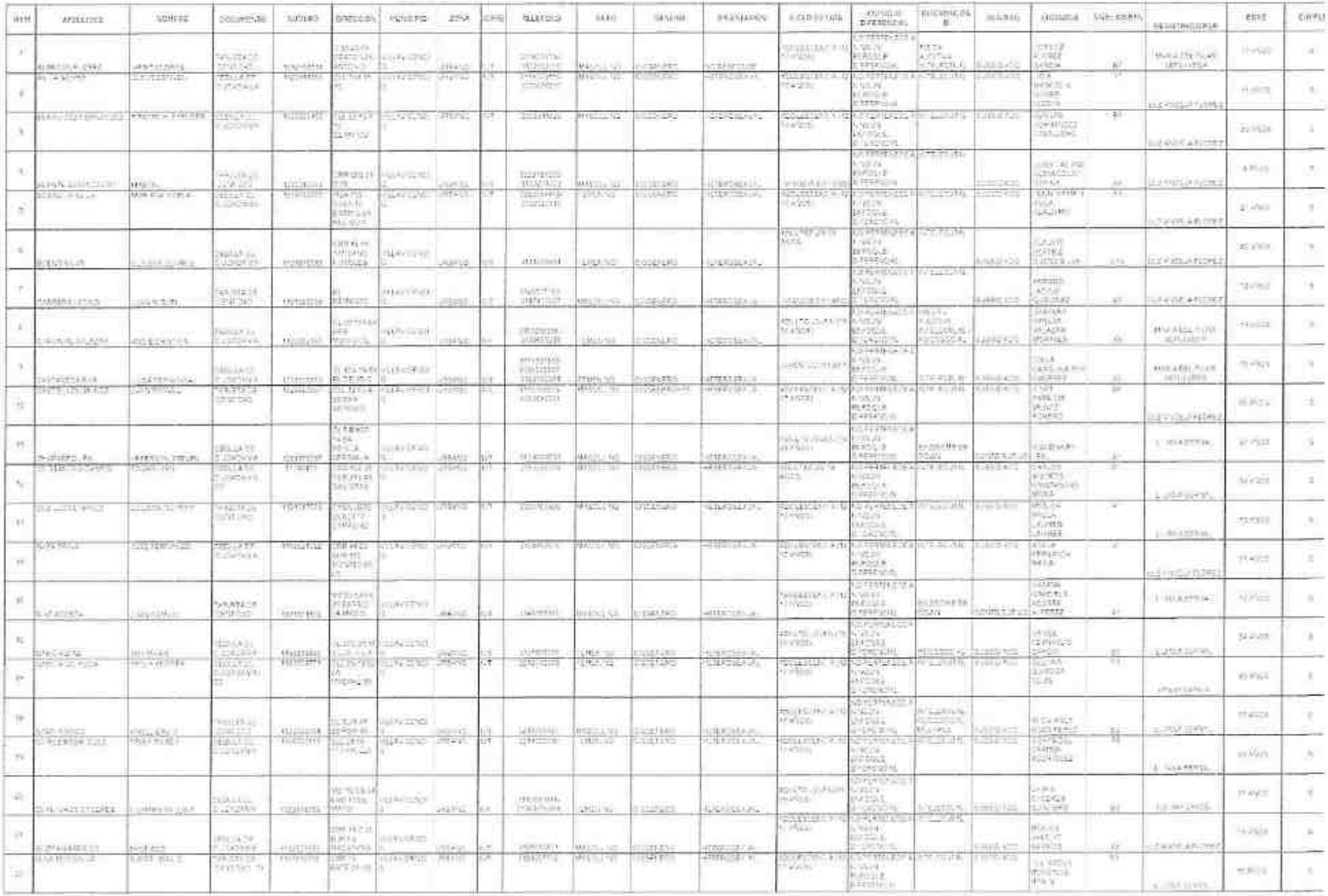
Cordialmente,

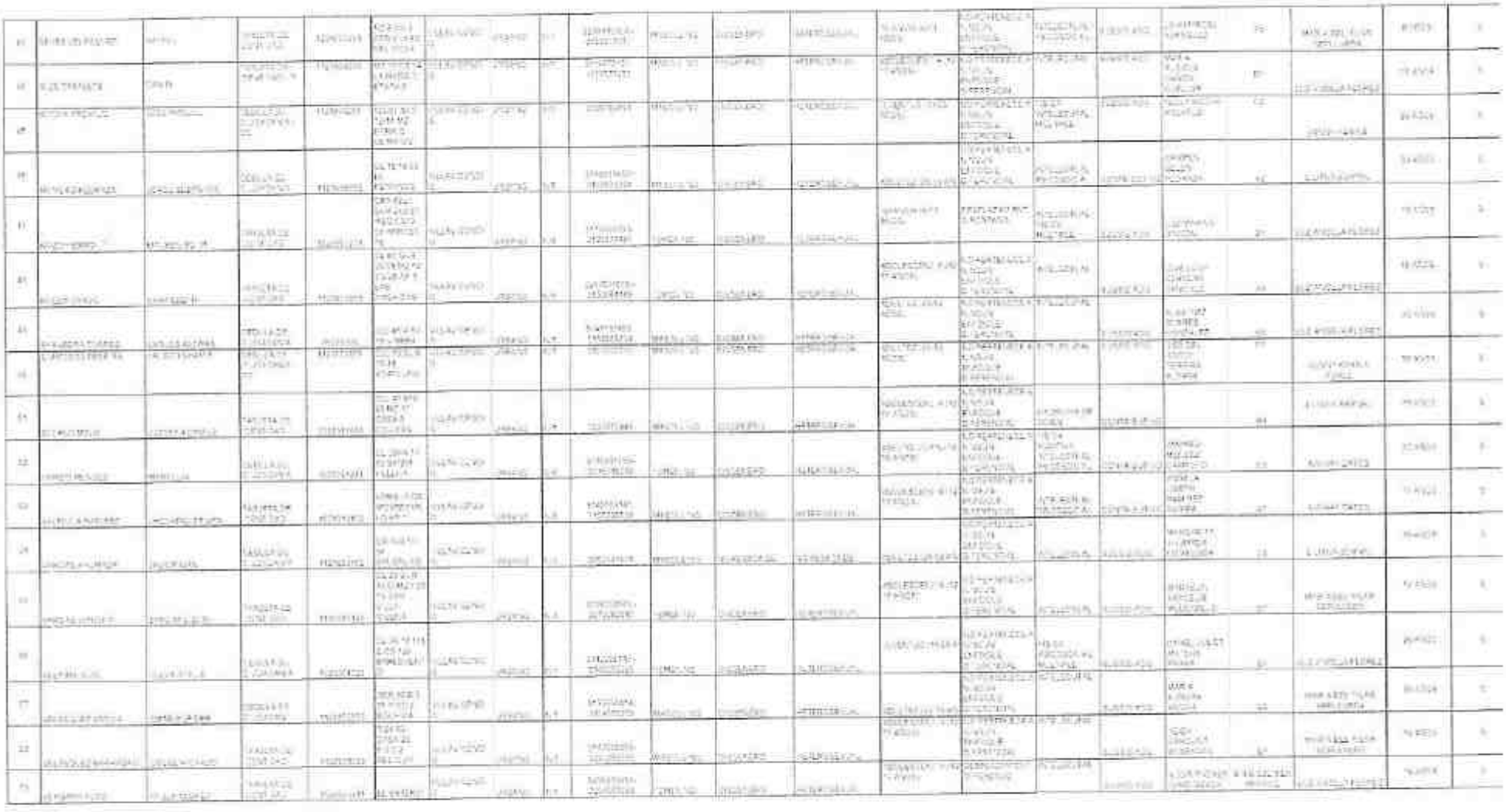
ANDRES FELIPE RAMIREZ GARNICA
Representante Legal

Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 310 401 2549 – 313 293 7853
corporacionayudandoavivir@gmail.com

ANEXO 1:

LISTADO DE BENEFICIARIOS





ANEXO 2:

DOCUMENTOS DE INGRESO

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO SOCIEDAD DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Herit Andres Alarcon Florez

Fecha de Nacimiento: 16-01-2008

Edad: 17

Documento de identidad:

Diagnostico: Insuficiencia cardiaca epilepsia focal Hipoglicemia severa

Direccion: Calle 12 - 43-09

Telefono:

AFILIACION EPS:

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Lorane Florez Garcia

Direccion: Cll 12 - 43-09

Telefono: 311 625 8104

Contacto de Emergencia y telefono

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividades que se desarrollen fuera de la institución:

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Comunicacion y a Corporacion del Meta, para el uso de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: Lorane Florez

NOMBRE ACUDIENTE: Lorane Florez Garcia

C.C. 37 581 507

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Loraine Florez Garcia, identificada con cedula de ciudadania No. 1121884504 actuando como representante legal de mi hijo Yeiri Andres Alarcon Florez, identificado con cedula de ciudadania No. TI 1012361514 Y con diagnostico medico INSUFICIENCIA RENAL CRONICA me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Loraine Florez

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
HERIT	ANDRES	ALARCON	FLOREZ
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
META		VILLAVICENCIO	

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
			X					

Número de documento de identidad: 1012361514

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

BELISARIOS VELASQUEZ & ASOCIADOS SAS

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2025	9	19

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

830504600

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	50.00
Movilidad	50.00
Cuidado Personal	43.75
Relaciones	55.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	71.43

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b163.2 b435.2 b455.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.280 s410.278 s420.378

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d4501.2 d598.2

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
KAROL YINETH DE ALBA TORRES	Psicología	CC-1121903788
CATALINA ALVAREZ DUQUE	Medicina	CC-1121921548
CARMEN ELENA MALAVER MARTINEZ	Fisioterapia	CC-52349218

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

Sisbén

Registro valido

Fecha de consulta: **27/10/2025**

Ficha: **500012002579600002470**

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **MERIT ANDRES**

Apellidos: **ALARCON FLOREZ**

Tipo de documento: **Tarjeta de identidad**

Número de documento: **1012361514**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **22/10/2025**

Última actualización ciudadano: **22/10/2025**

Última actualización vía 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: **YOLANDA COY HERNANDEZ**

Dirección: **Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2**

Teléfono: **3208559257**

Correo Electrónico: **sisben@villavicencio.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 Educacion
- U.E.E.X

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **37.581.507**

FLOREZ GARCIA
APELLIDOS

LORAINE
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-DIC-1983**
BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-ENE-2004 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

P-2701003-58127861-F-0037581507-20040819 0261404232B 03 163885373



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.012.361.514
ALARCON FLOREZ
APELLIDOS
HERIT ANDRES
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-ENE-2008
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
16-ENE-2026
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G.S. RH
M
SEXO
22-SEP-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Llanogas S.A.
Empresa de Servicios Públicos
NIT 800.021.272-5 • NUIR 2-5800-1200-3

$ 50.852

Factura: 71189136
Emision: 28/SEP/2025
Codigo de usuario: 0172501000201

Cliente: ANA ALVENIS PARRA BENITEZ
Direccion: C 12 43 09ESTE M 2 MZ 18 C 2 CIUDADELA SAN ANTONIO
Municipio: Villavicencio
Tipo de uso: RESIDENCIAL
Ruta: 121-0410
Estrato: 2

FECHAS REVISIÓN PERIÓDICA

Minima / Maxima

ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP
15	15	3	7	14	13

Novedad Lectura: CONSUMO NORMAL

Suspensión
Lec. Actual: 1341
Lec. Anterior: 1328
Factor Correccion: 0.97
Consumo m3: 13
Promedio: 10
Facturas Vencidas: 0
Cuentas Pendiente: 0
No de medidor: 060001690662
Consumo Kw/h: 153,73
Precio Kw/h ($): 210,00
P.C MU / m3: 42.57

1482,44	374,50	523,92	0	0	
Rango m3	Sm3	Consumo m3	Subsidio	Contribución	
0.20	2710.29	13	44.1 %	0 %	
20					

Resolucion CRA: 094/2004 Y 049/2004

Consumo	$ 35.221	Deuda anterior	$ 0
Cargo fijo	$ 15.538-	Intereses por mora	$ 0
Subsidio Contribucion	$ 0	Reliquidacion de consumo	$ 0
Subsidios Recursos	0.500 %	Otros conceptos	$ 0
Tasa Mora		Ajuste Facturacion	$ 19.696
Tasa Cte Vale:	0.00 Tasa Cte:	Descuento Mora	$ 0

Conexion	$	0	$	0			
Red Interna	$	0	$	0			
Revision Periodica	$	0	$	0	1	0	$ 0
Servicios Postventa	$	0	$	0	1	0	$ 0
Otros	$	0	$	0			
TOTAL	$	0	$	0		$	0
						$	0
						$	19.696

Codigo de Usuario: 0172501000201
Factura No: 71189136

Tipo de uso: Residencial
Estrato: 2
Consumo m3: 0
Fecha Recibi: 23/SEP/2025
Fecha Factura: 28/SEP/2025
Valor m3: 42.57
Saldo a favor: 0
Contribucion a favor: 0
Valor de interes: 0.100
Factura Vencidas: 0

Tendencias para Descripcion

Mes	Actual	Sumatoria
	0,0052	0,0025
	0,0010	0,0014
	0,000	0,000
	0,025	0,026
	0,026	0,0484
	0,000	0,0000
	0,000	0,000

		746
Deudas		586
Subsidio Contribucion		-12.113-
Dcto Interp. Int. Calidad		0-
Ajustes		3.109
Dcto Anterior		0
Intereses de Mora		0
Otros Conceptos a Favor	$	31.156

Ago	$	29.267
Jul	$	27.827
Jun	$	27.591
May	$	26.000
Abr	$	26.782
Mar	$	26.995

VIA 173633,88
CF 26047,21
CV 197. 4,64

Subtotal: $ 0
Iva: $ 0

Vlr cuota: $ 0
Saldo Deuda: $ 0
Nº cuotas pendientes: 0
1 31.156

* El item de deuda es incorporado a Conciliaciones y diferentes partes aparece para los que aplican.

REF. PAGO | CÓDIGO USUARIO 0172501000201 | PAGUE HASTA 08/10/2025 | $ 19.696

DEPARTAMENTO DEL META	CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD	

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO		
Nombre: Jesus Estiven Avila Gomez		
Fecha de Nacimiento 22/04/2014	Edad 11	
Documento de identidad: 1.123.444.196		
Diagnostico: Deficit cognitivo		
Direccion: Cll 31 A 31 10		
Telefono: 3 N/A		
AFILIACION EPS:		

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE
Nombre: Lidis Magnolia Gomez
Dirección: Cll 31 A 31 10
Telefono: 311 439 3116
Contacto de Emergencia y telefono

AUTORIZACIONES
Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución SI: X NO: _____
Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a) SI: X NO: _____

FIRMA: Lidis Magnolia Gomez

NOMBRE ACUDIENTE: Lidis Magnolia Gomez

C.C. 40 326 621

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Lidis Magnolia, identificada con cedula de ciudadanía No. 40 326 671 actuando como representante legal de mi hijo Jesus Estiven Avila Gomez, identificado con cedula de ciudadanía No. 1123 414 196 Y con diagnostico medico Deficit Cognitivo, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta. CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Lidis Magnolia Gómez

127

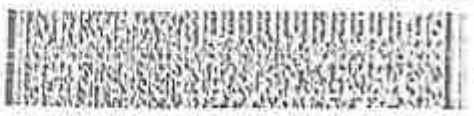
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.123.444.196
AVILA GOMEZ
APELLIDOS
JESUS ESTIVEN
NOMBRES
Jesús
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 22-ABR-2014
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
22-ABR-2032 A+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S.R. SEXO
22-SEP-2021 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL



I-1123444196-2014042200000 0078710134-2 20210922

NIT 1

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

40.323.631
GOMEZ VIDOYA

LIDIS MAGNOLIA

Lidis Magnolia Gomez
FIRMA

3209059530
3114893116



FECHA DE NACIMIENTO 04-JUL-1983
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-AGO-2001 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JESUS	ESTIVEN	AVILA	GOMEZ

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	X	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1123444156

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación		2.2 Fecha de la Certificación		
		Año	Mes	Día
Grupo de inversión en sector servicios		2025	6	10
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora			
N	901597508			

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	25.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	30.56
Participación	46.43

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.1 b122.1 b1258.1

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.188 s1108.188

3 Codigos Actividades y Participación

d155.1 d598.1 d820.2

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

I. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Iden
[illegible] MARTIZA VELASQUEZ [illegible]	Terapia ocupacional	CC-1074131005
JAVIER CAMILO GARCIA BARBOSA	Psicología	CC-1121935303
WILSON PULIDO CASTAÑEDA	Medicina	CC-79411187

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Gen[illegible] Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

CÓDIGO DEL CLIENTE 334555069

"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de aparecer la palabra inmediato la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

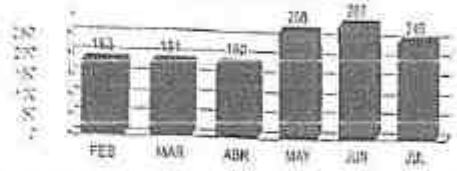
FECHA DE GENERACIÓN 2025-07-12 09:08 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN 2025-07-12 09:19 | CUFE

MAXIMINO YATE

CL 31A 31 10 A ORILLAS DEL RIO BRR BARZAL ALTO

Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



Lectura Actual 15542
Anomalía 0

DATOS DE FINANCIACIÓN		
VALOR FINANCIACIÓN		
SALDO FINANCIACIÓN		
INTERESES %		
VALOR FINANCIACIÓN		
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN PERIODO ANTERIOR $0

DETALLE DE LIQUIDACIÓN	
Liquidación del consumo de energía	
307.39 (Valor kWh con SUBSI e IVA)-(Consumo en kWh)	
907.54 (Valor kWh) a 73 (Consumo en kWh)	
VALOR NETO	
Porcentaje de SUBSIDIO (83%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	
Impuesto AP	
OTROS CONCEPTOS	
SUBTOTAL VALOR OTROS	
DESCUENTOS	
Ajuste A la Decena	

Fecha Promedio Ult. 6 Meses: 217
Consumo No. 3853431886
Lectura Anterior: 0

Última Pago: $158870, 21-06-25
Periodo Facturado: 21-06-2025 a 21-07-2025
Ruta: 21-2112001438

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HDL	050360507	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 12-JUL-2025 09:07

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	4
USO	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

	V0007	SAIDI Horas Comprometidas	0
	VIT12457	SAIDI Horas compensar	0
	13	IDEC Consumo sin medida compensar	268
	3.937	Vlor Reclamos para descuento de cargo	23
	7	CMI Cargo de Distribución	187.66
	20.01	IPEC/I Meta por Frecuencia	26

Vlr a Compensar $ 0

Costo unitario de la prestación del servicio de EMSA ESP A PARTIR DE JUNIO DE 2025

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra de energía al generador	G $	305.5	Pérdidas reconocidas	PR $	57.16
Incurrido en el sistema de transmisión nacional	T $	54.69	Costo asociado comercialización del mercado de energía	C $	83.14
Incurrido en el sistema de distribución local	D $	255.69	Costo de restricciones	R $	151.46
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (mercado) Nivel 1					907.54
Tipo mercado residencial		0.43%	Pérdidas reconocidas comercialización		5.54%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vlr. Subsidio kW	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-2
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGÍA	$137.230

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 30

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
22-JUL-2025	23-JUL-2025	$137.230

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic/21 Señor Usuario: La informamos que en la presente facturación usted superó en su consumo la cantidad de Kilovatios subsidiados (173 kWh-mes), por lo cual se generó un cobro de 73 kWh-mes sin subsidio (Res. Upme 0355 de 2004)

EDWIN DAVID GUZMÁN BOHÓRQUEZ
FIRMA GERENTE(E)

PERIODO FACTURADO	Ruta	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
19-06-2025/09-07-2025	Ruta: 21-2112001438	334555069	22-JUL-2025	$137,230

emsa VIGILADO SUPERSERVICIOS

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO
ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Brayan Alexander Benavides Hernandez

Fecha de Nacimiento: 14-Febrero-2005 Edad: 20 anos

Documento de Identidad: 1029220452

Diagnostico: Sindrome Down.

Direccion: Calle 23 N 15 A 12 Olimpico

Telefono: 3008341820

AFILIACION EPS: Sanidad Policia

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Benilda Hernandez Caballero

Direccion: Calle 23 N 15 A 12 Olimpico

Telefono: 3008341820

Contacto de Emergencia y telefono: 3125112479

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar en todas las actividades que se desarrollen fuera de la institucion

SI: X NO: ____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta, para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca su hijo (a)

SI: X NO: ____

FIRMA: Benilda Hernandez C.

NOMBRE ACUDIENTE: ____

C.C. 40445327

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo BENILCE HERNANDEZ CABALLERO, identificada con cedula de ciudadania No. 40445327 como representante legal de mi hijo _BRAYAN ALEXANDER BENAVIDES HERNANDEZ, identificado con cedula de ciudadania No. 1029,220,452 diagnostico medico SINDROME DOWN, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Benilce Hernandez C

BENILCE HERNANDEZ C
CC 404,45,327 VILLAVICENCIO

Beni

Hoy a la(s) 12:14 p.m.



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
[illegible]	ALEXANDER	[illegible]	[illegible]

1.5 Documento de identidad

Certificado Nuevo Civil	Registro civil	Tarjeta de identidad	T	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carné diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad	1029729452							

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 Entidad que realiza la certificación
UPRES META DIGNI FORAL

2.2 Fecha

Año	Mes	Día
2021	9	25

2.3 Departamento
META

2.4 Municipio
VILLAVICENCIO

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	44.97
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	28.95
Actividades de la Vida Diaria	45.00
Participación	38.26
PCDISAL	33.16

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funcionales Corporales
b1108 1 b117 3 b125 1

2. Codigos Estructurales Corporales
s110 269 s120 269 s390 268

3. Codigos Actividades y Participacion
d740 3 d810 3 d839 2

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.029.220.452



Apellidos
BENAVIDES HERNANDEZ

Nombres
BRAYAN ALEXANDER

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.50	M

Fecha de nacimiento
14 FEB 2005

G.S
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
17 FEB 2023, VILLAVICENCIO

Fecha de expiración
18 FEB 2033

015307501

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0153075012520001<<<<<<<<<<<
0502146M3302185COL1029220452<5
BENAVIDES<HERNANDEZ<<BRAYAN<AL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.445.327

HERNANDEZ CABALLERO

APELLIDOS

BENILCE

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-MAR-1978

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

22-JUN-1996 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00128696-F-0040445327-20061117 0006225166A 1 6740012213

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Sisbén

Fecha de consulta: 14/11/2025

Ficha: 50001073652500000324

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: BRAYAN ALEXANDER

Apellidos: BENAVIDES HERNANDEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadania

Número de documento: 1029220452

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/10/2019

Última actualización ciudadano: 06/09/2022

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

"En caso de su factura de energía [illegible] no cancelada oportunamente, se procederá a la suspensión del servicio de [illegible]. Para evitar la suspensión del servicio, usted deberá suscribir en las oficinas de [illegible] un acuerdo de pago [illegible] Ley 142 de 1994 y el artículo 2.2.3.5.1 del Decreto 1077 de 2015, modificado por el artículo 1 del Decreto 1203 de 2017. Para el caso de [illegible] el artículo 2.2.3.5.1 del Decreto 1077 de 2015, modificado por el artículo 1 del Decreto 1203 de 2017,

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

4

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Mateo Esmul Betancourt

Fecha de Nacimiento 04/09/2016

Edad 9 años

Documento de identidad: 1230343043

Diagnostico : Autismo

Direccion: Calle 62 15A 80 . Barrio la Grupo.

Telefono: 3134507234

AFILIACION EPS: Sanitas

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Tatiana Betancourt Lopez

Direccion: Cr. 58B E 29A 46 Mz 22 C 19 Barrio: La Grupo

Telefono: 3134507234

Contacto de Emergencia y telefono - 3165244643 - Mateo Esmul Betancourt

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la Institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: Tatiana B C

NOMBRE ACUDIENTE: Tatiana Betancourt Lopez

C.C. 40 343799

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Tatiana Betancourt Ospino, identificada con cedula de ciudadanía No. 40 342 297 actuando como representante legal de mi hijo Mateo Bonilla Betancourt, identificado con cedula de ciudadanía No: 1 123034093 Y con diagnostico medico Autismo, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernacion del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Tatiana B. O.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
MARTIN		BERNAL	BETANCOURT

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil		Tarjeta de identidad	X	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Numero de documento de identidad: 1230343093

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
MEDICOOP IPS LTDA	2023	11	4

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	900108793

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	75.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	68.75
Relaciones	70.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	67.86

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b1308.2 b176.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.388

3. Codigos Actividades y Participación

d155.3 d598.4 d730.2

I. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
EDNA ALEJANDRA RUALES BASTIDAS	Terapia ocupacional	CC-1124860485
CARMEN ELENA MALAVER MARTINEZ	Fisioterapia	CC-52349218
JOSE ALFREDO ORTEGA VEGA	Medicina	CC-84038431

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO 1.230.343.093

BERNAL BETANCOURT

APELLIDOS

MARTIN

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-SEP-2016

VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

07-SEP-2034 B+ M

FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

08-SEP-2023 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO



P<COL1230343093<<<<<<<<<<<<<<<
0137532492A 2 R609452130

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.343.277**

BETANCOURT OSPINA
APELLIDOS

LEIDY TATIANA
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-DIC-1985**
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **A-** G.S. RH | **F** SEXO

05-ENE-2004 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-5200100-88126211-F-0040343277-20040928 **04323** 04271B 02 159212758

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 11/11/2025

Ficha: 500012002579600000985

A4

GRUPO SISBEN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARTIN

Apellidos: BERNAL BETANCOURT

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1230343093

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/06/2025

Última actualización ciudadano: 03/06/2025

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**





OFICINAS ENTÉRESE

emsa

CODIGO DEL CLIENTE 292182302

LINDA CLARITZA GALVIS RIVERA

Dirección CR 58B E 29A 46 MZ 22 CS 19 BRR LA RELIQUIA

Ciudad Villavicencio

Bioagrícola del Llano

CÓDIGO USUARIO BIO
070720SE6001

DOCUMENTO No.
099567487

DETALLE DE CONSUMO

AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE
0	0	0	0	0	0

LÍNEAS DE ATENCIÓN (608) 675-6267 | 322 3540650 | LÍNEA DIRECTA 110

DATOS GENERALES

Mes de facturación DICIEMBRE
RESIDENCIAL
Und no residencial 0
Est Cal
volumen M3 0
Fact vencidas 15

HISTÓRICOS FACTURAS / TON

MES 1	MES 2	MES 3
504,248	477,327	448,774
MES 4	MES 5	MES 6
417,578	391,779	366,454

Toneladas	Actual	Anterior
ORDI	0.052968	0.053078
TRIGO	0.001353	0.001353
FRRA	0.002160	0.002157
TRA	0.026323	0.025193
TAMA	0.039277	0.043237
TAFA	6	6
TAFNA	0	6

INFORMACION TECNICA

MARCA CONTADOR (ESI)	NUMERO (S)	FACTOR
HOL	050337595	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 03-ENE-2025 08:01

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO 32
CLASE	Residencial	CODIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO PARA SUSPENSION

INDICADORES DE CALIDAD

Del Cliente	VIT002	(HC) Horas Compensadas	0
CCC Trimestre anterior	VIT5731	(VC) Veces a compensar	5
Tiempo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	0
(DIC) Duración en horas de interrupciones	31.65	(%C) Porcentaje de descuento del cargo	15
(NIC) Número total de interrupciones	85	(CF) Cargo de Distribución	193.56
(TACC) Meta por suscriptor	20.92	(...) Meta por Frecuencia	25

V + a Compensar $ 0

Costos asociados a la prestación del servicio de EMSA ESP (1 Mes)

Concepto			Concepto		
Primaria energía al generador	G $	371.38	Pérdidas reconocidas	PR $	67.61
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	56.19		G $	--
Restricciones	D $	257.19		C $	154.57
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) Incremento Nivel I			(G+G1+C+C1+PR)R		925.20
					925.25

DATOS DE FINANCIACION

VALOR FINANCIACION		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACION		CUOTAS PENDIENTES	
		No. DE CUOTAS	

VALOR FINANCIACION

SALDO A FAVOR $0 | SALDO EN RECLAMACION $0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Saldo Anterior	$332,729
OTROS CONCEPTOS	
Interes Mora	$1,640
SUBTOTAL VALOR OTROS	$1,640
DESCUENTOS	
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$304,366

COSTOS SERVICIO

Costo Fijo Total	24,866
Costo Variable m³ agua	188,415
Aprovechamiento	4,462
Valor base aprovechamiento	149,511

LIQUIDACIÓN DEL SERVICIO

Cargo fijo	24,866
Cargo Variable	82,769
Subsidio/Contribución	No Aplica
Ajuste aprovechamiento	92
Deuda Anterior	400,116
Interes por Mora	18,615
TOTAL ASEO.	$531,276

OTROS SERVICIOS

Otros 0 IVA 0

TOTAL OTROS SERV $0

FINANCIACIONES

Base IVA	IVA financiación	Cuotas pend	Saldo deuda	Valor cuota mes
0	0	0	0	$0

Valores en reclamación 0

TOTAL Bioagrícola $531,276

Andrea Lucía Pardo

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
INMEDIATO	INMEDIATO	$885,642

Se informa a todos nuestros clientes que a partir de la fecha podran cancelar sus facturas VENCIDAS en cualquier punto de CONSUERTE Si er usuario ac rquese a nuestras instalaciones y financie su deuda, ev tese procesos judiciales

EDWIN DAVID GUZMAN BOHÓRQUEZ (E)
FIRMA GERENTE

Interes Moratorio Residencial	0.49%
Interes Moratorio No Residencial	2.19%

Código del cliente 292182302
Número de documento
$885,642
Valor a pagar

Código del cliente
Número de documento
Valor a pagar

415770999800244980200292182302390000000885642

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Mariana Gobadilla Avila

Fecha de Nacimiento: 9-02-1998

Edad: 27

Documento de identidad: 1234 798 665

Diagnostico : ceguera total y congitivo leve

Direccion: Mz 103 cs 10 Religuia

Telefono: 322 288 44 12

AFILIACION EPS: Capital Salod

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Yenny Avila

Dirección: Mz 103 cs 10 Religuia

Telefono: 322 288 44 12

Contacto de Emergencia y telefono

mama 322 288 44 12 Hermano 321 346 5972

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: Yenny Yasmin Avila

NOMBRE ACUDIENTE: Yenny Yasmin Avila

C.C. 40334 301

Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 310 401 29 49 – 304 535 46 37 – 313 293 78 53
Corpoayudandoavivir4@gamil.com

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Yenny Avila 40334301 identificada con cedula de ciudadanía No. Manana actuando como representante legal de mi hijo MARIANA Labadilla, identificado con cedula de ciudadanía No. 1234 792 665 Y con diagnostico medico Celosia y Leucemia, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Yenny Avila
40334301

322 288 44 12

Marianabadilla49@mail.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.234.792.665
BOBADILLA AVILA

APELLIDOS
MARIANA YISELA

NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-FEB-1998
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

07-JUN-2018 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-5200150-01072146-F-1234792665-20190410 0065214190A 1 51066157

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.334.301

AVILA PERDOMO
APELLIDOS

YENNI YASMIN
NOMBRES

FIRMA





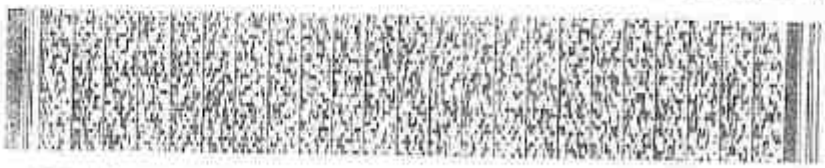
FECHA DE NACIMIENTO 22-DIC-1984
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-FEB-2003 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

INDICE DERECHO



A-5299100-31575607-F-0040033-20121206-0084 8842167084A 07 2780127/21

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
NATALIA	YISELA	SOSADILLA	AVILA

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro Civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad	1024790935

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realizó la certificación	2.2 Fecha de la Certificación: Año	Mes	Día
TECNOLOGIA ESPECIALIZADA EN SALUD DEL META S.A.S	2024	12	1

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901600118

c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI	X	NO	
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	60.00
Movilidad	85.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	35.00
Actividades de la Vida Diaria	60.00
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b2100.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s1100.3 s2203.3 s770.3

3. Codigos Actividades y Participación

d166.2 d598.2 d870.3

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
VERALDIN BARBOSA MORENO	Psicología	CC-1065869865
ANGELA PATRICIA JOJOA CARVAJAL	Terapia ocupacional	CC-1124852790
JOSE ALFREDO ORTEGA VEGA	Medicina	CC-84030451

El certificado de discapacidad no simplemente sirve como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales, sino la calificación de un estado de vulnerabilidad laboral y ocupacional.

Sisbén

Fecha de consulta: 18/06/2025

Ficha: 5000105574510000031 2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIANA YISELA

Apellidos: SOSADILLA AVILA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1234792665

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/07/2024

Última actualización ciudadano: 23/07/2024

Última actualización vía 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: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Pis

Teléfono: 6720553

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov

emsa

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

293236691

"El no pago de su factura de energía en las fechas establecidas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual podrá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de generar la petición inmediata la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

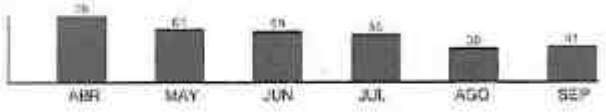
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-09-08 11:31 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-09-09 11:05 | CUDE | [illegible]

Suscriptor: YENNI YASMIN AVILA PERDOMO

Dirección: MZ 103 CS 10 BRR LA RELIQUIA

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 2365+ Lectura Actual 23695
Tipo de Lectura Con Lectura Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 67
Documento No.: DES-4155632
Facturas Atrasadas: 0

Ultimo Pago: $15650 25-08-25
Periodo Facturado: 06-08-2025/03-09-2025
Ruta: 9-906184542

Información del medidor

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	0503386502	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 05-SEP-2025 01:09

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	32
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	[illegible]	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Información de calidad

Cód. Circuito	VIT002	(NC) Horas Comprometidas	0
SSDs Transformador	VIT4844	(VC) Valor a compensar	1
Nivel de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	55.361
(DIU) Duración en horas de interrupciones	25.584	(PU) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	36	(DI) Cargo de Distribución	199.66
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25

Vlr a Compensar $ 2210.56

Costo unitario de la prestación del servicio de energía (Cu) $/kWh

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	308.6	Pérdidas reconocidas	PR $	57.04
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	56.89	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	45.55
Transporte en el sistema de distribución local	D $	209.71	Costo de comercialización	C $	156.11
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) [Cu=G+T+D+Cv+PR+R					888.84
Interés moratorio residencial		0,48%	Interes moratorio no residencial		1,50%

Información de Lectura

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACION		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía: 368.9 (Valor kWh con SUBS) x 41 (Consumo en kWh)	$15,356
VALOR NETO	$15,352
Porcentaje de SUBSIDIO (20%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-3,836
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$11,356
OTROS CONCEPTOS	
Impuesto AP	$386
SUBTOTAL VALOR OTROS	$386
DESCUENTOS	
Aporte A la Decena	$-3
Contribución Solidaridad Sensible	$-2,211
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-2,214
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$14,510

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

15-SEP-2025	16-SEP-2025	$14,510

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ

FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
06-08-2025/03-09-2025	Ruta: 9-906184542	293236691	15-SEP-2025	$14,510

(415)7709998002448(8020)020323869130980(3900014510

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012935 de DIC 14/2016 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero 25 2022
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS
VIGILADO SUPERSERVICIOS
6153
La presente factura presta mérito ejecutivo (Art.130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos es remitida a una Tulo de cambio - Electrificadora del Meta SA, NIT. 892.002.218-6, SWISSERTSA

DEPARTAMENTO DEL META	CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD	

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO	
Nombre: Claudia Cristina Bueno	
Fecha de Nacimiento 23 de Mayo /83	**Edad** 42 años
Documento de identidad: 1121916019	
Diagnostico : Autismo	
Direccion: Carrera 48 #44 144 Campuria	
Telefono: 3114759894	
AFILIACION EPS: EPS	
DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE	
Nombre: Mariano Silva R	
Dirección: Carrera 48 # 44 144	
Telefono: 3114959894	
Contacto de Emergencia y telefono 311 48 59 894	
AUTORIZACIONES	
Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución SI: V NO: _____	
Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a) SI: V NO: _____	

FIRMA: Mariano Silva R

NOMBRE ACUDIENTE: Mariano Silva

C.C. 5160753 92

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Mariana Acha C, identificada con cedula de ciudadania No. 51607532 actuando como representante legal de mi hijo Alexander Bueno Acha, identificado con cedula de ciudadania No. 1121816019 Y con diagnostico medico autismo, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta. CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la vallosa colaboración

Cordialmente,

Mariana Acha C

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.121.816.0[illegible]
[illegible] SILVA

APELLIDOS

CLAUDIA BEATRIZ

NOMBRES

[illegible]
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 23-MAY-1983
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

07-ENE-2004 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL



A-5206150-81180250-F-1121816019-20081119 0072521044 1 [illegible]

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.607.532
SILVIA CASTRO

APELLIDOS

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 05-JUN-1960
TIMANA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

05-NOV-1979 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
CLAUDIA	BEATRIZ	SUENO	SILVA

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cedula de ciudadanía		Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
				X				

Número de documento de identidad: 1121816018

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Dia
prevencion integral en salud ips sas	2025	6	5

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradore
NI	900547903

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Fisica	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	75.00
Movilidad	40.00
Cuidado Personal	56.25
Relaciones	75.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b122.3 b139.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.388 s198.188 s199.188

3. Codigos Actividades y Participación

d161.3 d175.3 d310.3

Sisbén

Fecha de consulta: 27/11/2025

Ficha: 5000109214604000017578

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: CLAUDIA BEATRIZ

Apellidos: BUENO SILVA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1121816019

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/09/2022

Última actualización ciudadano: 17/06/2025

Última actualización vía 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: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.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

emsa
Empresa de Energía de Casanare S.A. E.S.P.

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

182506620

"El no pago de su factura de energía en las fechas establecidas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio sin previo aviso. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponerse ante las oficinas de servicio al cliente a través de cualquiera de los canales dispuestos por la Empresa dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y se radicará de conformidad con la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de presentar la petición extemporánea la suscripción del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

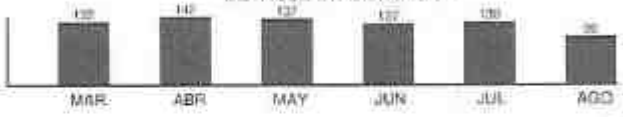
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-08-13 10:03 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-08-13 10:03 | CUDE | e1621279f6fa1e8dc3007979400017702ad0746560cb8f1d0691f0f3f249da1182ad0118fe3d5e1f825e39a77c3d0d3e9c5

Suscriptor: MARIANA SILVA CASTRO

Dirección: CR 48 44 144 BRR CANO FISTOLES

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 32679 — Lectura Actual 32775
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 132
Documento No.: DES3881555
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $127420 16-07-25
Periodo Facturado: 11-07-2025/10-08-2025
Ruta: 14-1408551960

MARCA CONTADOR (DI)	NÚMERO (D)	FACTOR
HOL	041204904	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 13-AGO-2025 11:08

ESTRATO	4	ZONA	Urbano	CICLO	23
CLASE	Residencial	CODIGO CIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Cód Crédito	VI0104	(HC) Horas Compensadas	0
(ID) Transformador	VIT137	(HC) Horas a compensar	0
(CC) Clase de calidad	12	(CFC) Consumo estimado a compensar	127
(DIU) Duración en horas de interrupciones	11.617	(Fac) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	15	(DIC) Cargo de Distribución	135.23
(DIUC) Horas por duración	28.92	(FIUC) Horas por frecuencia	26

Vlr a Compensar $ 0

CONCEPTO			CONCEPTO		
Consumo energía al generador	G $	313.86	Pérdidas reconocidas	PR $	58.2
Transporte en el sistema de transmisión Nacional	T $	58.84	Otros cargos asociados al mercado de energía	O $	15.48
Transporte en el sistema de distribución local	D $	265.93	Costo de comercialización	C $	158.84
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (moneda)			Nivel [1] CU=G+T+D+Cv+PR+R		665.94
Interés moratorio residencial		2.49%	Interés moratorio no residencial		1.58%

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía: 665.94 (Valor kWh) x 139 (Consumo en kWh)	$85.728
VALOR NETO:	$85.728
SUBTOTAL VALOR CONSUMO:	$85.728
OTROS CONCEPTOS: Impuesto AP Ajuste a la Decena	$6.852 $4
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS	$6.852

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $92.590

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
25-AGO-2025	26-AGO-2025	$92,590

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
11-07-2025/10-08-2025	Ruta: 14-1408551960	182506620	25-AGO-2025	$92,590

(415)7709996003445(8020)0182506620(3900)0000092590

emsa
VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES. No. 012829 de DIC. 11 2024 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR IVA Y RENTA - ACTIVIDAD CIIU 3510 - PRESTACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art. 130 Ley 142 de 1994) y permanecerá en efectos por un año a partir de su exigibilidad. Efectuado el Pago TAL Art. 617 ET. NO ES FACTURA DE VENTA

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Juan Miguel Cairea Ladino

Fecha de Nacimiento 27-02-2013

Edad 12

Documento de identidad: 1.121.920.732

Diagnostico : Neurofibromatosis Tipo 1

Direccion: Cll 19# 150-03.

Telefono: 3143517160

AFILIACION EPS: Coosalud

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Hasleidy Ladino

Dirección: Cll 19# 150-03

Telefono: 3143517160

Contacto de Emergencia y telefono

3143517160 - 3147430007.

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: Y NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: C NO: _____

FIRMA: _____

NOMBRE ACUDIENTE: Hasleidy Ladino

C.C. 40 342 220

Villavicencio 12 de noviembre del 2025

SECRETARIA SOCIAL

Asunto: solicitud de cupo

Respetados señores:

'o, HASBLEIDY LADINO identificada con cédula de ciudadanía No. 40.342.220, residente en CALLE 19#15B-03, me permito solicitar respetuosamente un cupo en el programa de COORPORACION AYUDANDO A VIVIR que ofrece la Secretaría Social.

Esta solicitud la realizo debido a que me encuentro en situación económica vulnerable y deseo que mi hijo, pueda acceder a una atención integral que apoye su desarrollo y bienestar

Adjunto los documentos requeridos para la evaluación del caso y quedo atenta a cualquier información adicional que se necesite para continuar con el proceso.

Agradezco su atención y apoyo.

Cordialmente,

HASBLEIDY LADINO

C.C 40.342.220

Teléfono: 3143517160

Correo electrónico: hasbleidyladino38@gmail.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.121.920.732**
CARRERA LADINO

APELLIDOS
JUAN MIGUEL

NOMBRES
Juan Miguel

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **27-FEB-2013**
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
27-FEB-2031 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
02-MAR-2020 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR(A) NACIONAL

NUIP [illegible]

I<COL1121920732<<<<<<<<<<<<<<<
9607041M320A1 [illegible]

Sisbén

Fecha de consulta: 11/11/2025

Ficha: 500011022378800024570

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JUAN MIGUEL

Apellidos: CARRERA LADINO

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1121920732

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/09/2025

Última actualización ciudadano: 21/09/2025

Última actualización vía 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: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **40.342.220**

LADINO QUIÑONEZ

APELLIDOS

AMPARO HASBLEIDY

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-AGO-1985**

CAQUEZA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

15-SEP-2003 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-5200150-01041494-F-00403-2020 20081013 0002751944A 1

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 86.054.193

CARRERA PANTOJA

APELLIDOS

CESAR ENRIQUE

NOMBRES



FIRMA

Digitized by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-SEP-1977

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

O+
G.S RH

M
SEXO

02-NOV-1995 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-5200100-00135023-M-0086054193-20081208 0007756074A 1 6750020932

Digitized by CamScanner

FECHA INGRESO:	19-02-2025 - 10:31				
PACIENTE:	CARRERA LADINO JUAN MIGUEL			IDENTIFICACIÓN:	TI 1,121,920,732
EDAD: 11 Años	SEXO: Masc	NACIM: 27-02-2013		CIUDAD:	VILLAVICENCIO
ACOMPAÑANTE:				FOLIO:	01 - 000001 TELEFONO: 3143517160
ENTIDAD:	COOSALUD				GRP SANG : O RH:+
DIRECCIÓN:	19#158-03			BARRIO:	
PERT. ETNICA:	NO APLICA	ESTADO CIVIL:	SOLTERO	OCUPACIÓN:	NO APLICA

CONSULTA EXTERNA

PROCEDENCIA:
VILLAVICENCIO

ACOMPAÑANTE:
SI

MOTIVO DE CONSULTA:
VENGO DE COMPENSAR

ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE DE 11 AÑOS DE EDAD, QUIEN ASISTE EN COMPAÑIA DE MADRE, CON ANTECEDENTE DE NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1, CONSULTA EL DIA DE HOY RENOVACION DE ORDENES MEDICAS POR ESPECIALIDAD, DADO CAMBIO DE EPS.
EN SEGUIMIENTO POR ETRAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DE LENGUAJE, PEDIATRIA, PSICOLOGIA, GENETICA, OPTOMETRIA.

ANTECEDENTES:
HTA ABUELA MATERNA Y PATERNA , PRIMAS CA DE ESTOMAGO

FAMILIARES:
HTA ABUELA MATERNA Y PATERNA , PRIMAS CA DE ESTOMAGO

MEDICOS:
NNEUROFIBROMATOSIS TIPO 1

QUIRURGICOS:
NIEGA

FARMACOLOGICOS:
NIEGA

ALERGICOS:
PENICILINA

TRAUMATOLOGICOS:
NIEGA

OCUPACIONALES:
NIEGA

OTROS ANTECEDENTES:
NIEGA

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO: SI
SALUD ORAL EN LOS ULTIMOS 6 MESES: SI

SIGNOS VITALES

T.Arter	T.Med	Fr.Card	Fr.Resp	Tempe	So2	Pvc	Peso	Talla	IMC	Sp.Corp	Per.Tor	Per.Abdo	Per.Muñ	Glasgow
120/080	093	075 lmp	018 rpm	36.00°	003%	00	38.0 Kl	144 cm	18.32	1.22 m2		1.0		15/15

CABEZA: NORMOCEFALO, SIN LESIONES EN CUERO CABELLUDO, SIMETRIA FACIAL, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE SIN ALTERACIONES, OTOSCOPIA BILATERAL SIN ALTERACIONES, FOSAS NASALES PERMEABLES SIN EVIDENCIA DE SECRECIONES
CUELLO: MOVIL, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATIAS, NO DOLOROSO
TÓRAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
EXTREMIDADES: MOVILES, SIMETRICAS, NO EDEMAS, LLENADO CAPILAR < 2SG, PULSOS DISTALES PRESENTES
NEUROLOGICO: GLASGOW 15/15, ALERTA, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS, PARES CRANEALES SIN ALTERACIONES, FUERZA MUSCULAR 5/5, SENSIBILIDAD CONSERVADA, NO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA, NO SIGNOS MENINGEOS.
PIEL: SIN ALTERACIONES

FECHA INGRESO:	19-02-2025 - 10:31				
PACIENTE:	CARRERA LADINO JUAN MIGUEL			IDENTIFICACIÓN:	TI 1,121,920,732
EDAD: 11 Años	SEXO: Masc	NACIM:	27-02-2013	CIUDAD:	VILLAVICENCIO
ACOMPAÑANTE:				FOLIO: 01 - 000001	TELEFONO: 3143517160
ENTIDAD:	COOSALUD				GRP SANG : O RH:+
DIRECCIÓN:	19#15B-03			BARRIO:	
PERT. ETNICA:	NO APLICA	ESTADO CIVIL:	SOLTERO	OCUPACIÓN:	NO APLICA

AGUDEZA VISUAL: NO APLICA
DISCAPACIDAD: NO

DIAGNOSTICO: D850 - NEUROFIBROMATOSIS (NO MALIGNA)

ANALISIS: PACIENTE DE 11 AÑOS DE EDAD, QUIEN ASISTE EN COMPAÑIA DE MADRE, CON ANTECEDENTE DE NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1, CONSULTA EL DIA DE HOY RENOVACION DE ORDENES MEDICAS POR ESPECIALIDAD, DADO CAMBIO DE EPS.
EN SEGUIMIENTO POR ETRAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DE LENGUAJE, PEDIATRIA, PSICOLOGIA, GENETICA, OPTOMETRIA.

EN EL MOMENTO CON SIGNOS VITALES ESTABLES.
SE RENUEVAN ORDENES DE ESPECIALIDADES

TIPO DE DIAGNOSTICO: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

PLAN: LO ANOTADO

CAUSA: ENFERMEDAD GENERAL
FINALIDAD: NO APLICA
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO
SINTOMATICO PIEL: NO
VICTIMA DE MALTRATO: NO
VICTIMA VIOLENCIA: NO
ENFERMEDAD MENTAL: NO
ENFERMEDAD ITS: NO

Esta vacunado contra COVID-19: NO

QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS: OTALORA SARMIENTO SANDRA CAROLINA ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR REGISTRO No:	

Feb. 19/2025 10:31 evoluciono OTALORA SARMIENTO SANDRA CAROLINA MEDICINA FAMILIAR folio: 01 - 000001

FORMULACION:

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Interconsultas	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA - 890283		1.0 (UN) AMB
Interconsultas	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA - 890208		1.0 (UN) AMB
Interconsultas	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA OCUPACIONAL - 890213		1.0 (UN) AMB
Interconsultas	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLOGIA - 890210		1.0 (UN) AMB
Interconsultas	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA - 890207		1.0 (UN) AMB
Interconsultas	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA - 890276		1.0 (UN) AMB

FECHA INGRESO:	19-02-2025 - 10:31				
PACIENTE:	CARRERA LADINO JUAN MIGUEL			IDENTIFICACIÓN:	TI 1,121,920,732
EDAD: 11 Años	SEXO: Masc	NACIM:	27-02-2013	CIUDAD:	VILLAVICENCIO
ACOMPAÑANTE:				FOLIO: 01 - 000001	TELEFONO: 3143517160
ENTIDAD:	COOSALUD				GRP SANG : O RH: +
DIRECCIÓN:	19#15B-03			BARRIO:	
PERT. ETNICA:	NO APLICA	ESTADO CIVIL:	SOLTERO	OCUPACIÓN:	NO APLICA

Dx/ Q850

2502191031411732

NRO FORMULA 2502191031411732

QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS: OTALORA SARMIENTO SANDRA CAROLINA ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR REGISTRO No:	

FORMULA VALIDA POR 90 DIAS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: **JUAN MIGUEL CARRERA LADINO** Teléfono:
Doc. Identidad. **1121920732** Fecha de nacimiento: **27/02/2013**
Género: **M** Edad: **6**
Entidad: **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR**

Examen realizado: **SEC GEN NF1**

comparacion con la prevalencia en controles.

Criterios moderados: 1.Cambio localizado en un punto caliente mutacional y/o dominio funcional critico y bien establecido sin variación benigna. 2.Ausente en controles (o a una frecuencia extremadamente baja si es recesiva) en el proyecto de Secuenciación Exome, 1000 Genomes Project, o Exome Aggregation Consortium. 3.Para trastornos recesivos, detectados en trans con una variante patogénica (pruebas en los padres necesarias). 4.Cambios en la longitud de la proteína como resultado de deleciones/inserciones dentro del marco en una región no repetida o variantes de pérdida del stop. 5.Cambio nuevo missense en un residuo de aminoácido donde diferentes cambios missense han sido determinados como patogénicos previamente. 6.Asumido de novo, pero sin confirmación de paternidad y maternidad

Criterios secundarios o menores: 1.Co-segregación con la enfermedad en múltiples miembros afectados de la familia en un gen definitivamente conocido como causa de la enfermedad. 2.Variante missense en un gen que tiene una tasa baja de variación missense benigna y en la que variantes missense son un mecanismo común de la enfermedad. 3.Líneas múltiples de evidencia computacional apoyan un efecto perjudicial sobre el gen o producto génico. 4.El fenotipo del paciente o antecedentes familiares es altamente específico para una enfermedad con una única etiología genética. 5.Fuente reconocida recientemente reportó la variante como patogénica, pero la evidencia no está disponible para que el laboratorio realice una evaluación independiente.

Normalización de datos genómicos con cobertura y profundidad similar para evaluar deleciones y duplicaciones, sin embargo estas deben ser confirmadas mediante otras técnicas.

La clasificación de las variantes VUS (Variante de Significado Clínico Incierto) puede cambiar con el tiempo si se dispone de información adicional.

Predictores bioinformáticos empleados: Sift, Poliphen, Provean, Mutation taster, Mutation assensor, FATHM, Variant effect predictor, Snp and Go, Human splicing finder. Con Annovar: Sift, Poliphen, LRT, Mutation taster, Mutation assensor, FATHM, metaSVM, MetaLR, GERP++, Phylop, Siphy y CADD.

Bases de datos analizadas: depende de la patología evaluada.

GENES ANALIZADOS:NF1

Ensembl: No aplica

Realizado por: Suleima Carpeta, Biol, MSc., Jenny Blanco Bact, MSc.

Análisis bioinformático realizado por: Eliana Garzón, Bact, MSc., Jenifer Velez, Biol, MSc.

INFORMACIÓN ADICIONAL
La clasificación e interpretación de las variantes identificadas en este estudio muestran el estado actual del conocimiento científico del laboratorio al momento de realizar este reporte. La clasificación e interpretación de variantes puede cambiar por varias razones como el perfeccionamiento de las técnicas y criterios de clasificación, disponibilidad de información científica adicional, y observación de la variante en más individuos.

NOTA: La eficiencia del método empleado es cercana al 99%, sin embargo errores diagnósticos pueden ocurrir al tener mutaciones en el sitio de unión de los primers, lo cual generaría amplificación alélica preferencial en el ensayo de PCR. La clasificación e interpretación de las variantes identificadas en este estudio muestran el estado actual del conocimiento científico del laboratorio al momento de realizar este reporte. La clasificación e interpretación de variantes puede cambiar por varias razones como el perfeccionamiento de las técnicas y criterios de clasificación, disponibilidad de información científica adicional, y observación de la

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: **JUAN MIGUEL CARRERA LADINO** Teléfono:
Doc. Identidad: **1121920732** Fecha de nacimiento: **27/02/2013**
Género: M Edad: 6
Entidad: **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR**

Examen realizado: **SEC GEN NF1**

FUNDAMENTO

Las neurofibromatosis son un grupo de trastornos relacionados pero genéticamente diferentes del sistema nervioso. Cursan con tumores, generalmente benignos, alrededor de nervios. Los tumores más comunes son los neurofibromas, que se desarrollan en el tejido que circunda los nervios periféricos. Se han asociado a mutaciones en los genes NF1 y NF2.
La neurofibromatosis 1 (NF1) se caracteriza por múltiples manchas de color café con leche, pecas axilares e inguinales, múltiples neurofibromas cutaneos y nódulos de Lisch del iris. Los problemas de aprendizaje están presentes en al menos el 50% de los individuos con NF1. Otras manifestaciones menos comunes pero potencialmente más graves, incluyen neurofibromas plexiformes del nervio optico y otros gliomas del sistema nervioso central, tumores de la vaina nerviosa periferica escoliosis, displasia tibial, y vasculopatia.

La neurofibromatosis 2 (NF2) se caracteriza por schwanomas vestibulares bilaterales con síntomas asociados como tinitus, pérdida de audición y equilibrio. La edad promedio de inicio es de 18 a 24 años. Casi todos los individuos afectados desarrollan schwanomas vestibulares bilaterales a la edad de 30 años. Los individuos afectados también pueden desarrollar schwanomas de otros nervios craneales y periféricos, meningiomas, ependimomas, y, en muy raras ocasiones, los astrocitomas. La opacidad del cristalino subcapsular posterior que rara vez progresa a catarata, son los hallazgos oculares más comunes y pueden ser el primer signo de la NF2. La mononeuropatía que se produce en la infancia, se presenta como una parálisis facial persistente, estrabismo, o caída de la mano / pie

CLASIFICACIÓN DE LAS VARIANTES (BASADA EN RECOMENDACIONES DE ACMG)

Clase 1 - Patogénica
Clase 2 - Probablemente patogénica
Clase 3 - Variante de significado incierto (VUS)
Clase 4 - Probablemente benigna
Clase 4 - Probablemente benigna

METODOLOGIA

Extracción de ADN. Extracción de ADN. Construcción de genotecas con kit Nextera XT (Illumina). Secuenciación de las librerías (2x150) en el secuenciador MiSeq (Illumina). Control de calidad de los datos genómicos. Secuenciación por Sanger de aquellas regiones de interés con una cobertura menor a 20x. Análisis de pequeñas deleciones/inserciones y mutaciones puntuales en la región codificante y los sitios de splicing mediante NGS (Next Generation Sequencing).

LIMITACIONES

Este estudio no permite detectar grandes deleciones/duplicaciones, estas deben ser confirmadas con otras técnicas en caso de ser sospechadas, no incluye el análisis de regiones intrónicas, regiones promotoras ni otros transcritos diferentes al evaluado para cada gen. No permite el análisis de regiones con baja cobertura. No todas las regiones de todos los genes analizados están totalmente cubiertas.

ANALISIS BIOINFORMATICO

Las variantes han sido clasificadas según los siguientes criterios de la ACMG:
Criterios muy fuertes: 1. Variantes nulas.

Criterios fuertes:1.Mismo cambio de aminoacidos que el descrito en una variante patogénica previamente establecida independientemente del cambio de nucleótido. 2.Variante de novo (con maternidad y paternidad confirmada) en un paciente con enfermedad y sin antecedentes familiares. 3.Estudios funcionales bien establecidos in vitro o in vivo que apoyan un efecto perjudicial sobre el gen o el producto del gen. 4.La prevalencia de la variante en los individuos afectados es significativamente mayor en

ENLACE-DOS S.A.S
CARRERA 39 N 33A-40 Tel: 6833910
900541158
TERAPEUTAS
CONSULTA EXTERNA

HAVP 2025-02-21 16:18

FECHA:	Feb. 21/2025 - 16:02			IDENTIFICACIÓN:	TI 1,121,920,732
PACIENTE:	CARRERA LADINO JUAN MIGUEL			EDAD: 11 Años	SEXO: Masculino
CIUDAD:	VILLAVICENCIO			TELEFONO: 3143517160	GRP SANG: O RH: +
ACOMPAÑANTE:				FECHA NACIM:	27/02/2013
FOLIO: 01 - 000002	FACTURA:			REGIMEN:	SUBSIDIADO
ENTIDAD:	COOSALUD			DIRECCION:	19#15B-03
PERT. ETNICA:	NO APLICA	ESTADO CIVIL:	SOLTERO	OCUPACIÓN:	NO APLICA

NOTA: PSICOLOGIA CONSULTA EXTERNA

USUARIO DE 11 AÑOS DE EDAD, ASISTE A CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA, EN COMPAÑÍA DE SU PADRE CESAR CARRERA Y SU HERMANA SHARON CARRERA DE 16 AÑOS. TRASLADO DE EPS COMPENSAR, ANT CON ANTECEDENTE DE NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1, PRESENTA INQUIETUD MOTORA, REBELDIA, BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACION. DIFICULTADES DE APRENDIZAJE, ESPECIALMENTE EN LECTOESCRITURA, OPERACIONES LÓGICO MATEMÁTICAS. SIN DIFICULTADES EN LENGUAJE VERBAL, EN SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DE LENGUAJE, PEDIATRIA, PSICOLOGIA. ANT. FAMILIARES DE NEUROFIBROMATOSIS (ABUELO PATERNO). SE ENCUENRTA EN 4 PRIMARIA, CON BAJO RENDIMIENTO ACADEMICO. CONVIVE JUNTO CON SU MADRE, HERMANA Y ABUELA MATERNA. ADECUADOS VINCULOS FAMILIARES, NIEGA SITUACION FAMILIAR ANGUSTIANTE. SEPARACION DE PADRES HACE CINCO MESES, EVIDENCIANDO TRISTEZA, EPISODIO DE SUEÑO ESTABLE, ALIMENTACION ADECUADA, CUENTA CON PRUEBA COGNITIVA (DEFICIT COGNITIVO LEVE), SEGUIMIENTO EN DOS MESES POR PSICOLOGIA. USO DE PANTALLAS ELECTRONICAS RECURRENTE, LO CUAL EXACERBA ESTRÉS. SE EDUCA EN MANEJO DE PANTALLAS, ESTILOS DE VIDA SADABLE ENFOCADO EN EL MANEJO EMOCIONAL.
TIPO DE DIAGN:

DIAGNOSTICO:

R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA
Z635 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA RUPTURA FAMILIAR POR SEPARACION O DIVORCIO
R468 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA APARIENCIA Y EL COMPORTAMIENTO

PERS.ATIENDE: PSICOLOGIA

FORMULACION:

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Ordenes Medicas	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES DE PSICOLOGIA - 890397 DOS MESES		1.0 (UN) AMB

Dx/ R418 Z635 R468

2502211602181732

NRO FORMULA 2502211602181732

QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS: VASQUEZ PEREZ HECTOR ARIEL	
ESPECIALIDAD: PSICOLOGIA	
REGISTRO No: 86057067	Héctor Ariel Vásquez Pérez PSICÓLOGO - T.P. 86057.067 Cel. 314 469 6328

FORMULA VALIDA POR 90 DIAS

FECHA:	Feb. 21/2025 - 16:02			IDENTIFICACIÓN:	TI 1,121,920,732
PACIENTE:	CARRERA LADINO JUAN MIGUEL			EDAD: 11 Años	SEXO: Masculino
CIUDAD:	VILLAVICENCIO			TELEFONO: 3143517160	GRP SANG : O RH: +
ACOMPAÑANTE:				FECHA NACIM:	27/02/2013
FOLIO: 01 - 000002	FACTURA:			REGIMEN:	SUBSIDIADO
ENTIDAD:	COOSALUD			DIRECCION:	19#158-03
PERT. ETNICA:	NO APLICA	ESTADO CIVIL:	SOLTERO	OCUPACIÓN:	NO APLICA

FORMULA VALIDA POR 90 DIAS

FECHA:	Feb. 21/2025 - 16:02			IDENTIFICACIÓN:	TI 1,121,920,732
PACIENTE:	CARRERA LADINO JUAN MIGUEL			EDAD: 11 Años	SEXO: Masculino
CIUDAD:	VILLAVICENCIO			TELEFONO: 3143517150	GRP SANG: O RH: +
ACOMPAÑANTE:				FECHA NACIM:	27/02/2013
FOLIO: 01 - 000002	FACTURA:			REGIMEN:	SUBSIDIADO
ENTIDAD:	COOSALUD			DIRECCION:	19#15B-03
PERT. ETNICA:	NO APLICA	ESTADO CIVIL:	SOLTERO	OCUPACIÓN:	NO APLICA

Feb. 21/2025 16:02 evoluciono VASQUEZ PEREZ HECTOR ARIEL PSICOLOGIA folio: 01 - 000002
NOTA: PSICOLOGIA CONSULTA EXTERNA

USUARIO DE 11 AÑOS DE EDAD, ASISTE A CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA, EN COMPAÑÍA DE SU PADRE CESAR CARRERA Y SU HERMANA SHARON CARRERA DE 16 AÑOS. TRASLADO DE EPS COMPENSAR, ANT CON ANTECEDENTE DE NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1, PRESENTA INQUIETUD MOTORA, REBELDIA, BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACION. DIFICULTADES DE APRENDIZAJE, ESPECIALMENTE EN LECTOESCRITURA, OPERACIONES LÓGICO MATEMÁTICAS. SIN DIFICULTADES EN LENGUAJE VERBAL, EN SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DE LENGUAJE, PEDIATRIA, PSICOLOGIA. ANT. FAMILIARES DE NEUROFIBROMATOSIS (ABUELO PATERNO). SE ENCUENRTA EN 4 PRIMARIA, CON BAJO RENDIMIENTO ACADEMICO. CONVIVE JUNTO CON SU MADRE, HERMANA Y ABUELA MATERNA. ADECUADOS VINCULOS FAMILIARES, NIEGA SITUACION FAMILIAR ANGUSTIANTE. SEPARACION DE PADRES HACE CINCO MESES, EVIDENCIANDO TRISTEZA. EPISODIO DE SUEÑO ESTABLE, ALIMENTACION ADECUADA. CUENTA CON PRUEBA COGNITIVA (DEFICIT COGNITIVO LEVE), SEGUIMIENTO EN DOS MESES POR PSICOLOGIA. USO DE PANTALLAS ELECTRONICAS RECURRENTE. LO CUAL EXACERBA ESTRÉS. SE EDUCA EN MANEJO DE PANTALLAS, ESTILOS DE VIDA SADABLE ENFOCADO EN EL MANEJO EMOCIONAL.
TIPO DE DIAGN:

DIAGNOSTICO:
R418 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA
Z635 - PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA RUPTURA FAMILIAR POR SEPARACION O DIVORCIO
R468 - OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA APARIENCIA Y EL COMPORTAMIENTO

PERS.ATIENDE: PSICOLOGIA

FORMULACION:

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Ordenes Medicas	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES DE PSICOLOGIA - 890397 DOS MESES		1.0 (UN) AMB

Dx/ R418 Z635 R468

2502211602181732

NRO FORMULA 2502211602181732

QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS: VASQUEZ PEREZ HECTOR ARIEL ESPECIALIDAD: PSICOLOGIA REGISTRO No: 86057067	Héctor Ariel Vásquez Pérez PSICÓLOGO - T.P. 86057.067 Cel. 314 469 6388

ENLACE-DOS S.A.S
CARRERA 39 N 33A-40 Tel: 6833910
900541158
FORMULACION
CONSULTA EXTERNA

HAVP 2025-02-21 16:18

FECHA:	Feb. 21/2025 - 16:02			IDENTIFICACIÓN:	TI 1,121,920,732
PACIENTE:	CARRERA LADINO JUAN MIGUEL			EDAD: 11 Años	SEXO: Masculino
CIUDAD:	VILLAVICENCIO			TELEFONO: 3143517160	GRP SANG: O RH: +
ACOMPAÑANTE:				FECHA NACIM:	27/02/2013
FOLIO: 01 - 000002	FACTURA:			REGIMEN:	SUBSIDIADO
ENTIDAD:	COOSALUD			DIRECCION:	19#156-03
PERT. ETNICA:	NO APLICA	ESTADO CIVIL:	SOLTERO	OCUPACIÓN:	NO APLICA

FORMULACION DE ORDENES MEDICAS:

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Ordenes Medicas	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES DE PSICOLOGIA - 890397 DOS MESES		1.0 (UN) AMB

Dx/ R418 Z635 R468

2502211602181732

NRO FORMULA 2502211602181732

QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS: VASQUEZ PEREZ HECTOR ARIEL ESPECIALIDAD: PSICOLOGIA REGISTRO No: 86057067	Héctor Ariel Vásquez Pérez PSICÓLOGO - T.P. 86057.067 Cel. 314 469 6398

FORMULA VALIDA POR 90 DIAS

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre:
Angie Cristina Carvajal Salazar

Fecha de Nacimiento: 22 abril 2006

Edad: 19 años

Documento de identidad: 1123562157

Diagnostico : hipoacusia neurosensorial profunda, retraso puberal

Direccion: cll 39 # 18A-36 Barrio Monichal

Telefono: 3102215318

AFILIACION EPS: Nueva EPS

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Danyery Vanesa Salazar Morales

Dirección: cll 39 #18A-36 Barrio Monichal

Telefono: 3102215318

Contacto de Emergencia y telefono
Maria Morales 324 422 0015

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: Vanesa Salazar Morales

NOMBRE ACUDIENTE: Danyery Vanesa Salazar M

C.C. 1120365810

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Dayeny Vanesa Salazar Flores, identificada con cedula de ciudadanía No. 1120365510 actuando como representante legal de mi hijo Angie Cristina Carvajal Salazar, identificado con cedula de ciudadanía No. 1123562187 Y con diagnostico medico Hipoacusia Neurosensorial Profunda, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Dayeny Vanesa Salazar Fl
1120365510



CARVAJAL SALAZAR

ANGIE CRISTINA

COL

22 ABR 2035

VISTA HERMOSA (META)

21 JUN 2024 VILLAVICENCIO

21 JUN 2024

1.123.562.157

ICCOL0489182452001<<<<<<<<<<<
06D4224F3406212COL1123562157<7
CARVAJAL<SALAZAR<<ANGIE<CRISTI

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ANGIE	CRISTINA	CARVAJAL	SALAZAR

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
			X					

Número de documento de identidad: 1123562157

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realizo la certificación

MULTISALUD LIMITADA

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2023	12	12

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

830511298

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI	X	NO	
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	50.00
Movilidad	50.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	38.89
Participación	50.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b230.3 b710.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.259 s299.313 s760.265

3. Codigos Actividades y Participación

d175.2 d598.1 d910.2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.120.365.510
SALAZAR MORALES

NOMBRES
DARYERY VANESA





FECHA DE NACIMIENTO 29-JUL-1991
POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
31-AGO-2009 GRANADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN





emsa

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

167130488

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | CUFE |

Suscriptor: NORMA ESCOBAR CHITIVA

Dirección: CL 39 18A 04 BRR MORICHAL

Ciudad: Villavicencio

8260

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S Lectura Anterior 32259 — Lectura Actual 32452
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACION			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Suscripción de consumo de energía:
SUT 75 (Vence 4.00 con Subsid) a 169 (Consumo en kWh) $79.510

VALOR NETO $79.510
Aportes de SUBSIDIO (AP) $46.718
Valor Facturado sin SUBSIDIO $126.228
SUBTOTAL VALOR CONCEPTO $79.510
OTROS CONCEPTOS $32.828
Impuesto AP $32.828

SUBTOTAL VALOR OTROS CONCEPTOS $32.828

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 152
Documento No.: DES
Facturas Atrasadas: 0

Último Pago: $85490 09-10-25
Periodo Facturado: 05-10-2025 04-11-2025
Ruta: 9-906207614

MARCA CONTADOR (DS)	NÚMERO (S)	FACTOR
KEI	6921563	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 04-NOV-2025 01:11

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	37
CLASE	Residencial	CÓDIGO DTO	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Cod. Circuito	11031	(NC) Nivel Compromiso	0
(CD) Tipo Contratación	11031	(NC) Vecino compromiso	0
Grupo de Lectura	13	(CD) Consumo estimado a comparar	161
(DIM) Dirección del medidor de consumo	2.992	(%) Porcentaje de subsidio de energía	70
(DIU) Dirección del medidor de consumo	37	(DC) Consumo Diario Liquidado	169.00
(DMD) Consumo máximo	11.54	(FUG) Mes de Promedio	28

Valor Componente $ 0

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al comercializador	G S	523.8	Pérdidas reconocidas	PR S	80.20
Transporte en el sistema interconectado local	T S	80.57	Otros costos asociados al mercado de energía	O S	30.83
Transporte en el sistema distribución local	D S	279.2	Costo de comercialización	C S	161.67
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (mensual) Nivel 1			[(G+T+D+Cv+Pr)+I]		924.1
Máximo Incremento Acumulado		8.80%	Máximo incremento de referencia		1.80%

Consumo MWh	Vr. Unitario MW	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $79.510

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

14-NOV-2025	15-NOV-2025	$79,510

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO
05-10-2025/04-11-2025

Ruta: 9-906207614

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
167130488	14-NOV-2025	$79,510

(415)7709998600249(8020)0167130488(3900)0000079510

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE
RESOLUCIÓN DIAN
DES 30 (CREG 30 DE 14-2018) DIAN AGENTE AUTORRETENEDOR RENTA 0.8%
FACTURACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Luisa fernanda Castañeda Ca

Fecha de Nacimiento: 06-03-2007

Edad: 18

Documento de identidad: 1031801793

Diagnostico: Retardo Mental y cognitivo

Direccion: Calle 16-52 Este Neiva Huila

Telefono: 3219201483

AFILIACION EPS: Salud total

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Diana Carolina Ra Castro

Dirección: Calle # 16-52 Este Neiva Huila

Telefono: 3219301983

Contacto de Emergencia y telefono

3026245547 - 3219301983

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o Video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: Diana Ra

NOMBRE ACUDIENTE: Diana Carolina Ra

C.C. 1019059562 de Bogotá

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Dian Carolina Re, identificada con cedula de ciudadanía No. 1019059543 actuando como representante legal de mi hijo Luis Fernando Castañeda Re, identificado con cedula de ciudadania No. 1031809772 Y con diagnostico medico Retardo mental, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Dian Re
1019059543

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
LUISA	FERNANDA	CASTAÑEDA	ROA

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
			X					

Número de documento de identidad: 1031809773

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
BELISARIOS VELASQUEZ & ASOCIADOS SAS	2023	12	23

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	830504600

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	79.17
Movilidad	20.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	75.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	71.43

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b167.3 b198.2 b798.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.278 s760.278

3. Codigos Actividades y Participación

d155.3 d598.4 d920.3

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.031.809.773



CASTANEDA ROA

LUISA FERNANDA

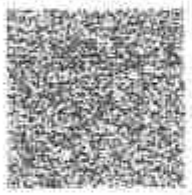
COL 1.60 F

06 MAR 2007 O+

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

01 ABR 2025 VILLAVICENCIO

02 ABR 2035



ICCOL0781074724520O1<<<<<<<<<<
0703068F3504026COL1031809773<9
CASTANEDA<ROA<<LUISA<FERNANDA<



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.019.059.543
ROA CACERES

APELLIDOS

DIANA CAROLINA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-ABR-1991
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
27-ABR-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADURIA NACIONAL
DEL ESTADO CIVIL

A-1000000-01136445-F-1019059543-20090505 0070914 02 3A 1 3330803

Sisbén

Fecha de consulta: 13/11/2025

Ficha: 50001014647200000121

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **LUISA FERNANDA**

Apellidos: **CASTAÑEDA ROA**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **1031809773**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **11/07/2019**

Última actualización ciudadano: **10/11/2025**

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - DEE
DOCUMENTO FACTURA ELECTRÓNICA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS – FE

Zona B | Ciclo 27 | Ruta 2739 | Orden 119

eaav

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio ESP EAAV

NIT 892.000.285-1 Somos gran contribuyente, autorretenedor de IVA, CA

34345793
Factura No.
Consecutivo de esta factura de servicios públicos

079324
Código de usuario
Con este se identifica su servicio en la EAAV

FACTURAS VENCIDAS: 0

SETT1957944

DATOS DEL SUSCRIPTOR/USUARIO

LOPEZ PENA LAUREANO
C 40A 16 51ESTE MZ 18 CS 6
DELIRIO VILLAVICENCIO
Cédula catastral: 500010107000001520006000000000
Clase de uso: RESIDENCIAL Estrato: 1
Unidades residenciales: ZB - 21040
Unidades no residenciales:

DATOS TÉCNICOS

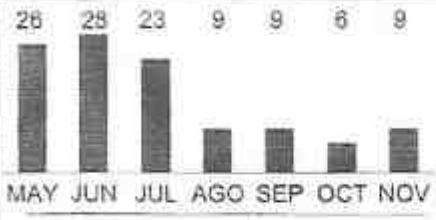
Serie medidor	Diámetro	Predio	Con fuente alterna?
L2015434280	1/2	1000059	

Fecha de suspensión: 19-11-2025

PERIODO DE CONSUMO: 18-09-2025 - 16-10-2025

Lectura actual	Lectura anterior	Dif. Lecturas	Consumo ACU	Consumo ALC
1727	1718		9 m3	9 m3

Novedad de lectura: NORMAL Método: PROMEDIO FACTURADO



Promedio mes: 17 m3

Cierra la ducha mientras te enjabonas.

LIQUIDACIÓN DEL PERIODO

DESCRIPCIÓN	Cantidad	Costo por unidad	Costo total	Menos Subsidio %	Menos Subsidio Valor	Más Aporte %	Más Aporte Valor	Valor a pagar
CARGO FIJO AC	1	7.951,06	7.951,06		5.168,30		0	2.672,76
CONSUMO BASICO AC (0 - 16 m3)	9	2.507,01	22.563,09		14.891,64		0	7.671,45
CONSUMO COMPLEMENTARIO AC (17-32 m3)	0	2.507,01	0		0		0	0
CONSUMO SUNTUARIO AC (+32 m3)	0	2.507,01	0		0		0	0
SUBTOTAL ACUEDUCTO			30.424,15		20.079,94	0		10.344,21
CARGO FIJO AL	1	6.626,33	6.626,33		4.373,38		0	2.252,95
CONSUMO BASICO AL (0 - 16 m3)	9	2.636,59	23.729,31		15.661,34		0	8.067,97
CONSUMO COMPLEMENTARIO AL (17-32 m3)	0	2.636,59	0		0		0	0
CONSUMO SUNTUARIO AL (+32 m3)	0	2.636,59	0		0		0	0
SUBTOTAL ALCANTARILLADO			30.355,64		20.034,72	0		10.320,92
TOTAL MES			60.779,79		40.114,66	0		20.665,13

OTROS COBROS

Concepto	Valor
Ajuste a la Decena	-,37
(-) Descuentos e Inversiones ACU 9287	-954,74
VLR TOTAL ANTICIPOS APLICADOS (-)	-664,74
SUBTOTAL OTROS	$ -,37

TOTAL A PAGAR
$ 19.700

PAGUE HASTA
14-NOV-2025

4,97 ton m3

146,42 ton m3

OTROS VALORES PENDIENTES:

CARTERA EN INVESTIGACION	0
PROCESO COACTIVO	0

TUS FINANCIACIONES

Plan de financiación | Cuota pagada | Saldo a diferir | Cuotas faltan

FOLIO: | Generación: 2025-11-04T11:20:23 | Transmisión: 2025-11-05T06:51:35

Estamos en racionamiento en varios sectores de la ciudad
debido a la emergencia declarada el 24 de mayo de 2025 por deslizamiento que afectó el viaducto 2.0,
que es la principal bocatoma de agua sobre el Guatiquía.
Agradecemos tu pago oportuno en estos cruciales momentos.
Los proyectos indispensables para nuestro acueducto requieren de todos.

La presente factura de servicios públicos cobra el mandamiento ejecutivo de acuerdo con el artículo 130 de la ley 142/94

ALCIDES ALEJANDRO ARDILA PINZON
GERENTE GENERAL

SEÑOR USUARIO

Si usted no ha recibido oportunamente esta factura, o si ella contiene errores, puede solicitar su corrección. CONSERVE COMO SOPORTE DE RECLAMACIÓN Y DE PAGO EXTEMPORÁNEO

De conformidad con el Art. 154 de la ley 142 de 1994 cuando se trate de suspensión del servicio por falta de pago, la reconexión y reinstalación del mismo se hará dentro de las 24 horas siguientes a la fecha en que el suscriptor o usuario cancele el valor adeudado, más los costos de reconexión y reinstalación.



Recibos sin fronteras, un salto de vida

Zoe con agua

Puntos de pago

- Banco de Occidente
- Banco BBVA
- Puntos Redeban
- EFECTY
- Banco de Bogotá
- itau
- Banco de Popular
- Bancolombia
- Caja de AHORRO
- COTREM
- Banco Agrario

www.eaav.gov.co

PUNTO DE RECAUDO EN NUESTRA SEDE: Lunes a viernes 8 am a 5 pm (efectivo y tarjeta) Formas de pago: DE CONTADO. Medios de pago: Efectivo, tarjeta débito, cheque de gerencia (según el canal)

Escanea este código y paga online

eaav

Código de usuario
079324
Factura de servicios publicos No.
34345793

(415)7709998000414(8020)90079324(3900)000019700(96)20251114

Pague hasta	Total a pagar
14-NOV-2025	$ 19.700

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META
CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO
ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

10

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Juan Manuel Castrillon Muñoz

Fecha de Nacimiento: 09 de Junio 2009 | Edad: 16 años

Documento de Identidad: 1029990957 de Villavicencio

Diagnostico: Sindrome de Down

Direccion: calle 12 # 40 a 09 sn. Antonio

Telefono: 3202010921 o 3118082279 whatsapp

AFILIACION EPS: Sanitas

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre. Jenith Patricia Muñoz Forero

Dirección: Cll 12 # 40 a 09 sn. Antonio

Teléfono: 3118082279 whatsapp

Contacto de Emergencia y telefono

3125912118 Karen Marisey Forero (prima)

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para emplear el material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: Patricia

NOMBRE ACUDIENTE: Jenith Patricia Muñoz Forero

C.C. 40187492 de Villavicencio

Villavicencio Meta, 19 de noviembre 2025

Señores
SECRETARIA SOCIAL

Asunto: Solicitud de cupo

Yo, **JENITH PATRICIA MUÑOZ FORERO** identificada con cedula de ciudadanía No.40.187.492 expedida en Villavicencio, en calidad de madre del menor **JUAN MANUEL CASTRILLON MUÑOZ** identificado con Tarjeta de Identidad No. 1.029.990.957 expedida en Villavicencio, les solicito el favor nos conceda el cupo para la Corporación **AYUDANDO A VIVIR.**

Agradezco de ante mano su atención,

Cordialmente,

JENITH PATRICIA MUÑOZ FORERO
C.C. No 40.187.492 de Villavicencio
311 808 22 79 -320 201 09 21
Dir. Calle 12 No. 40a-09 San Antonio
Correo: jenithpatico@gmail.com

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JUAN	MANUEL	CASTRILLON	MUÑOZ
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
META		VILLAVICENCIO	

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería		Pasaporte		Carnet diplomático		Permiso especial de permanencia	

Numero de documento de identidad: 1029990957

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
MEDICOOP IPS LTDA	Año	Mes	Día
	2025	5	6
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900108793		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	62.50
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	31.25
Relaciones	55.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	64.29

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b139.2 b167.2 b198.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.278

3. Codigos Actividades y Participación

d155.3 d310.2 d920.3

SERVICIOS MÉDICOS YUNIS TURBAY Y CIA S .EN C.
INSTITUTO DE GENÉTICA

Genética Clínica, Inmunogenética, Biología Molecular,Genética Forense

345446

Señores
BIO IMAGEN
Bogotá, D.C.

07 de julio de 2009
Código: 10160509
22102-59

NOMBRE DEL PACIENTE: **JUAN MANUEL CASTRILLON MUÑOZ**

FECHA DE RECEPCIÓN: Junio 25 de 2009

INDICACIÓN: Síndrome de Down

IDENTIFICACIÓN: 20140187492

EDAD: No registra

MUESTRA PROCESADA: Sangre periférica

PRUEBA REALIZADA: Estudio de cromosomas

TÉCNICA UTILIZADA: Cultivo de linfocitos estimulados con fitohemaglutinina.

EQUIPO UTILIZADO : Procesador de imágenes Spectral Imaging

MÉTODO DE ANÁLISIS: Bandas G y Q

METAFASES ANALIZADAS: 35

RESULTADO: 47,XY,+21

OBSERVACIONES:

Trisomía libre del cromosoma 21, característico de Síndrome de Down.

Atentamente,

Dr. EMILIO YUNIS
RM. 6885

Av. Carrera 24 No. 42-24 Cons.102 - PBX: 232 96 22 - Fax: 288 98 27
E-mail: smyt@etbis.net.co - smyt@etb.net.co - Bogotá, D.C. - Colombia
www.serviciosmedicosyunisturbay.com.co

CENTRO OFTALMOLOGICO DEL LLANO

CENTRO OFTALMOLOGICO DEL LLANO S.A
CC PRIMAVERA URBANA LOCAL 309 Tel.:6784009 Nit.:822007351-4
HISTORIA DE OPTOMETRIA

iciente:	CASTRILLON MUÑOZ JUAN MANUEL	**Documento:**	**TI 1029990957**
cha de atención:	07/07/2025 04:34:39 PM	**Fecha salida de atención:**	07/07/2025 04:49:47 PM
igar de atención:	CC PRIMAVERA URBANA LOCAL 309 SEDE PRIMAVERA CIUDAD:VILLAVICENCIO		
lad:	16 A, 0 M, 28 D	**Sexo:**	Masculino
cha de Nacimiento:	09/06/2009	**Estado civil:**	Otro;
igar de Residencia:	VILLAVICENCIO(META)	**Ocupación:**	MENOR
rección:	CLL 12 N 40 44 BR SAN ANTONIO	**Teléfonos:**	
tidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. – EN INT	**Contrato:**	EVENTO CONTRIBUTIVO
igimen:	CONTRIBUTIVO	**Tipo de Usuario:**	BENEFICIARIO

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

ocumento:	40187492
ombre:	PATRICIA MUÑOZ
léfono:	3118082279

DATOS DEL RESPONSABLE

ombre:	PATRICIA MUÑOZ
léfono:	3118082279
rentesco:	PADRE/MADRE

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

otivo Consulta: PACIENTE ASISTE CON LA MAMÁ PARA REALIZAR REFRACCION BAJO CICLOPLEJIA YA QUE EN CONSULTA ANTERIOR SE LA INDICARON

fermedad Actual: ANTECEDENTES SISTEMICOS SINDROME DE DOWN
NIEGA USO DE COLIRIOS OFTALMICOS
NIEGA QX OCULARES
NIEGA ANTECEDENTES DE GLAUCOMA

PO DE EXAMEN: PRIORITARIA
CUPACION HABITUAL: HOGAR

ANTECEDENTES

PERSONALES

OTROS SINDROME DE DOWN

19/06/2025 01:10:45 PM YRINCON

AGUDEZA VISUAL LEJOS

	Ojo derecho	Ojo izquierdo
(AVSC) SIN correción	20/80	20/80
	Examen tomado con DIRECCIONAL	

XAMEN EXTERNO

AD: S	SANO AO
ONJUNTIVA	SANO AO
RISTALINO	TRANSPARENTE AO,
FTALMOSCOPIA	
jo Derecho	MEDIOS TRANSPARENTES
jo Izquierdo	MEDIOS TRANSPARENTES

COVER TEST

	Sin Corrección		Con Corrección	
	Horizontal	Vertical	Horizontal	Vertical
Lejos	ETA=ENDOTROPIA ALTERNANTE			
Cerca	ETA=ENDOTROPIA ALTERNANTE			

STANCIA PUPILAR: 64/66

KERATOMETRIA

OJO	Horizontal	Vertical	Eje	Miras
Derecho	0.00			
Izquierdo	0.00			

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.029.990.957
CASTRILLON MUÑOZ
APELLIDOS

JUAN MANUEL
NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA

09-JUN-2009
VILLAVICENCIO
(META)
09-JUN-2027 O+ M
14-JUN-2016 VILLAVICENCIO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.187.492

MUÑOZ FORERO

APELLIDOS

JENITH PATRICIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-JUN-1981

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

04-AGO-1999 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00128696-F-0040187492-20081117 0006223315A 1 6730009453

Sisbén

Fecha de consulta: 19/11/2025

Ficha: 500014681452300000003

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **JUAN MANUEL**

Apellidos: **CASTRILLON MUÑOZ**

Tipo de documento: **Tarjeta de identidad**

Número de documento: **1029990957**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/04/2021

Última actualización ciudadano: 19/04/2021

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

emsa
Electrificadora del Meta S.A.

Cra 31A No. 41-21 Barrio Alto Melgar (Antes Chapinero)
Línea 018000 para reportar fallas, quejas, peticiones, sugerencias y felicitaciones
Puntos de pago y oficinas de atención al público
Villavicencio: 330 [illegible]

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios
www.electrificadoradelmeta.com

23081

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

272459961

"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de aparecer la palabra inmediata la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-11-06 11:38 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-11-06 11:41 | CUFE | 03f8b8f085a8f27eeab89c3f74fb9405e50406e30d7de1535f8de7d42315a6e6f5d2038fda330edfda1ada6ceb8b12

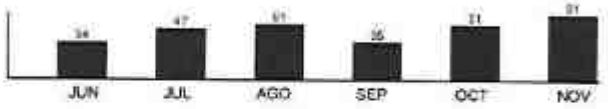
Suscriptor: BLANCA YANETH CARDONA CARMONA

Dirección: CL 12 40A 09 E MZ 9 CS 2 BRR CIUDADELA SAN ANTONIO

16308

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(3) A-S Lectura Anterior 6440 — Lectura Actual 6501
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

Consumo Promedio UlL 6 Meses: 43
Documento No.: DES4987786
Facturas Atrasadas: 0

Ultimo Pago: $22380 15-10-25
Periodo Facturado: 05-10-2025/04-11-2025
Ruta: 9-[illegible]

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	170218867	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 05-NOV-2025 01:11

ESTRATO	3	ZONA	Urbana	CICLO	31
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Id. Circuito	VI1003	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT2643	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	38
(DUI) Duración en horas de interrupciones	17.940	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	30	(Di) Cargo de Distribución	199.35
(DIUG) Meta por duración	21.94	(FIUG) Meta por Frecuencia	22

V/r a Compensar $ 0

Costo unitario de la prestación del servicio de EMSA $ / kWh

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	323.2	Pérdidas reconocidas	PR $	60.21
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	62.97	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	30.81
Transporte en el sistema de distribución local	D $	275.2	Costo de comercialización	C $	181.17
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cv-PR+R					924.5

Interés moratorio residencial 0,49% — Interés moratorio no residencial 1,56%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía: 501.19 (Valor kWh con SUBS) x 61 (Consumo en kWh)	$30,573
VALOR NETO:	$56,330
Porcentaje de SUBSIDIO (46%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-25,756
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$30,573
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$1,127
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$1,127
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$31,700

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
14-NOV-2025	15-NOV-2025	$31,700

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
05-10-2025/04-11-2025	Ruta: 9-906800895	272459961	14-NOV-2025	$31,700

(415)7709998002449(8020)272459961(3900)00000031700

emsa
VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE, RES No. 012635 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-25-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art.130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se asimila a una letra de cambio. Electrificadora del Meta SA, Nit 892.002.210-0, SIVDE-EMSA

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Yeferson Stiven Chaparro Leal

Fecha de Nacimiento	**Edad**
9 - Diciembre - 1998	26

Documento de identidad: 1031 178 037

Diagnostico: Sindrome de Down.

Direccion: Cll 5B # 26-14 Barrio Serrania.

Telefono: 3134589733

AFILIACION EPS: Sanidad Militar

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Ana Dianey Leal W.

Dirección: cll 5B # 26-14 Barrio Serrania.

Telefono: 3134589733

Contacto de Emergencia y telefono

3134589733 - 3103624748

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: Ana Dianey Leal W.

NOMBRE ACUDIENTE: Ana Dianey Leal

C.C. 52151450 BTA

Villavicencio, meta 25 de Noviembre de 2025

Señores

Secretaria Social Villavicencio

Asunto: Solicitud de cupo

Respetados señores:

Yo, Ana Dianey Leal Winchin , identificada con Cedula de Ciudadanía N° 52.151.450 de Bogotá, mediante la presente me permito solicitar respetuosamente un cupo para mi hijo Yeferson Stiven Chaparro Leal , identificado con Cedula de Ciudadanía N° 1.031.178.037 de Bogotá en el programa que su entidad ofrece para personas en condición de discapacidad.

La solicitud se realiza debido a que mi hijo cumple con todos los requisitos y considero que la participación en este programa sería de gran beneficio para su desarrollo y bienestar.

Agradezco de antemano la atención prestada y quedo atenta a cualquier información adicional que sea necesaria para continuar con el proceso.

Cordialmente,

Ana Dianey Leal W.

Ana Dianey Leal Winchin

Cedula 52.151.450 de Bogotá

Cel: 3134589733

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.031.178.037**

CHAPARRO LEAL
APELLIDOS

YEFERSON STEVEN
NOMBRES

Yeferson Ch.
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **09-DIC-1998**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA **O+** G.S. RH **M** SEXO
13-DIC-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



P-1502150-00694703-M-1031178037-20170220 0053650121A 2 4745834

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52151450

LEAL WINCHIN
APELLIDOS

ANA DIANEY
NOMBRES

ANA DIANEY LEAL W.
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 05-MAR-1975
FUENTE DE ORO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

08-MAR-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

FUNDACION ARTHUR STANLEY GILLOW

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CIENTIFICAS Y MEDICINA PREVENTIVA

DIVISION DE INVESTIGACION BIOMEDICA
GRUPO DE GENETICA

Ref : Estudio Citogenético de : YEFERSON STEVEN CHAPARRO LEAL

Santafé de Bogotá, D.C. Enero 25 de 1999

INFORME DE ESTUDIO CITOGENETICO

Indicación del Estudio : Descartar Síndrome de Down.

Metodología empleada : Cultivo de Sangre periférica. Técnica específica para linfocitos.
Tinción para obtención de bandeo GTG.

Metafases analizadas : 20

Cariotipo : En todas las metafases analizadas se observó un complemento cromosómico anormal de 47, XY+ 21. El cual corresponde al Síndrome de Down.

Estudio Realizado por :

BIANETH RODRIGUEZ HDEZ.
Bacteriologa Citogenética

Revisado por :

ALEJANDRO GIRALDO
Médico Genetista
ALEJANDRO GIRALDO M.D.,M.P.H.
Director General

SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES
ACUERDO No.048 DE 2007 CSSMP

CERTIFICACION

La Junta de Calificación de Invalidez de la Dirección General de Sanidad Militar el día 29 de Agosto de 2019, procede a revisar el expediente médico del joven YEFERSON STEVEN CHAPARRO LEAL identificado con cédula de ciudadanía No.1031178037 de Bogotá D.C., quien es beneficiario del señor Técnico Subjefe GERMAN EDUARDO CHAPARRO CRUZ identificado con cédula de ciudadanía No.79464562, y que establecidos los fundamentos de hecho y de derecho, así como los criterios de evaluación de acuerdo al Manual Único de Calificación de Invalidez (Decreto 1507 de Agosto de 2014), determinó la pérdida de capacidad laboral así:

Diagnóstico:

1. RETRASO MENTAL MODERADO. CIE10: F710.

	PORCENTAJE
DEFICIENCIA	35 %
ROL LABORAL	22.5 %
AREA OCUPACIONAL	8.7 %
TOTAL P.C.L.	**66.2 %**

INVALIDO	**SI XX**	NO
FECHA ESTRUCTURACION DE LA INVALIDEZ		09/12/1998

RESPONSABLES DE LA VALORACION

SMSM. Médico **DIEGO MALPICA HINCAPIE**
CC.74187581

SMSM. Médico **GUIOMAR PEDRAZA MOSQUERA**
CC. 51740183

Subteniente. Médico **JENNY CATHERINNE MELLIZO SANABRIA**
CC 1020784814

VALIDO UNICAMENTE PARA DETERMINAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACION DEL SERVICIO A LOS BENEFICIARIOS OBJETO DEL MISMO Y SUSTITUCION PENSIONAL.

Contra el presente certificado procede el recurso de reposición dentro de los cinco (05) días siguientes a la notificación en concordancia con el Artículo 76 del CPACA.

NOTA:

Dada las patologías que padece el paciente y en aras de realizar una debida notificación, se procede a informar personalmente al señor Técnico Subjefe GERMAN EDUARDO CHAPARRO CRUZ identificado con cédula de ciudadanía No.79464562, padre del joven YEFERSON STEVEN CHAPARRO LEAL identificado con cédula de ciudadanía No.1031178037 de Bogotá D.C, para que en su nombre y representación reciba la certificación del dictamen proferido por la Junta de Calificación de Invalidez de la Dirección General de Sanidad Militar.

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
FUERZA AÉREA

INFORME DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos	Yeferson Steven Chaparro Leal
Edad	20 años
Documento de identidad	CC 1031178037
Genero	Masculino
Fecha y lugar de nacimiento	09/12/1998 en Bogotá
Estado civil	Soltero
Escolaridad	Fundación Esperanza Mariana Zipaquirá
Lateralidad	Diestro
Fecha de evaluación	11-07-2019
Número de teléfono	3134589733
Dirección	Cra 14 3 B 17 San Pablo Zipaquira
E-mail	dianey.75@hotmail.com
Acompañante	Ana Dianey Leal (Madre)

II. MOTIVO DE CONSULTA: Remitido para concepto.

HISTORIA DE LA CONDICION ACTUAL: Paciente con DX sindrome de Down, independiente en ABS, la madre reporta que el paciente no sabe leer, logra copiar, no conjuga letras y presenta fallos en matemáticas, para operaciones sencillas. "le encanta bailar, le gusta jugar juegos en computador, le gusta cantar"
A nivel emocional lo describe como afectivo, cariñoso, no es agresivo, no le gusta que lo griten, ordenado. A nivel cognitivo: afectación en memoria de trabajo, no sabe escribir. Buena orientación espacial, logra almacenar información que le agrada.
Actualmente vive con papa, mama y hermano menor (9 años), adecuadas relaciones familiares. Logra socializar adecuadamente, se le facilita entablar conversaciones.

Historia de desarrollo:
Edad materna, 23 años, embarazo normal, embarazo planeado, a los 8 meses de embarazo presento sangrado y fue al hospital, y le reportaron que estaba equivocada en las semanas, nació con retraso intrauterino, peso 1450 gr, hipotonia, 3 dias hospitalizado, primer año dificil, a los 2 meses presenta neumonía, oxigeno permanente hasta el primer año y nocturno 2 años, a los 9 meses un cierre de ductus, a los 3 años, hipertensión pulmonar moderada.
Desarrollo motor: sedestación 1 año, gateo 1 y medio, camino 2 años, lenguaje, palabras claras 3 años, actualmente se logra hacer entender, habla muy rápido.

IV: ANTECEDENTES:

Antecedentes Familiares	
Clínicos	Prima materna con síndrome de Down, primos paternos síndrome de Down.
Psicológicos / Psiquiátricos	Niega

Antecedentes Personales	

Clínicos	hipertensión pulmonar moderada, síndrome de Down
Psicológicos / Psiquiátricos	Niega
Quirúrgicos	cierre de ductus, corrección estrabismo
Toxico-Alérgico	polvo
Medicamentos	Niega
Paraclínicos	Niega

V. EVALUACIÓN MENTAL:

Paciente que asiste a sesión en compañía de su madre, ingresa al consultorio solo por sus propios medios. Se observa Alerta, atento, logra mantener contacto visual, logra responder preguntas, inicia tópicos conversacionales, se observan dificultad en la articulación del lenguaje. Desorientado en las 3 esferas, su presentación personal no corresponde a su edad. Se muestra colaborador, respetuoso, paciente y asertivo ante el seguimiento de instrucciones y los señalamientos impartidos por la evaluadora.

VI. PRUEBAS APLICADAS:

Se realizó la aplicación de las siguientes pruebas neuropsicológicas, en busca de revisar en general el funcionamiento cognoscitivo:

1. Escala Wechsler de inteligencia para adultos– versión IV (WAIS-IV, por sus siglas en inglés): instrumento clínico de aplicación individual para la evaluación del funcionamiento intelectual de los adultos entre 16 a 89 años. La estructura del WAIS IV está formada por 15 pruebas (10 principales y 5 opcionales) mediante las que se obtiene un perfil de puntuaciones escalares, un CI total y 4 índices: Comprensión Verbal, Razonamiento perceptual, Memoria de Trabajo y Velocidad de Procesamiento.

VII. RESULTADO DE LA EVALUACIÓN:

<u>Análisis cuantitativo</u>

WAIS-IV

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la batería de pruebas:

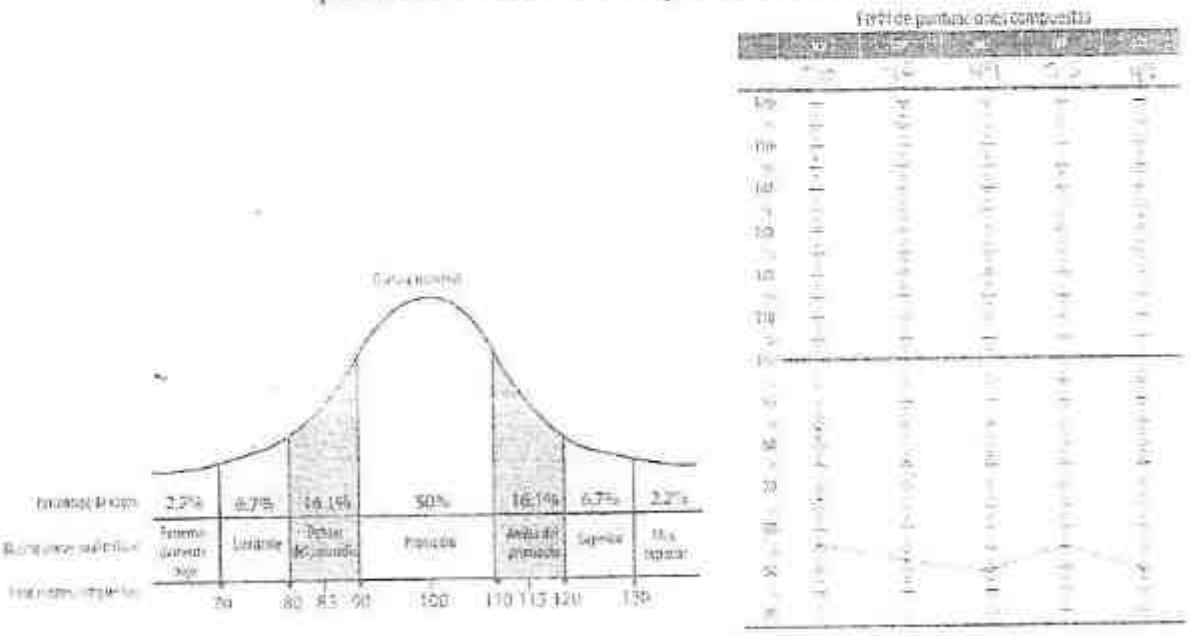
SUBRPUEBA	PUNTUACIÓN NATURAL	PUNTUACIÓN ESCALAR
Diseño con cubos	5	1
Semejanzas	4	1
Retención de dígitos	5	1
Matrices	3	2
Vocabulario	4	2
Aritmética	4	2
Búsqueda de Símbolos	2	2
Rompecabezas Visual	4	3
Información	2	4
Claves	7	2

Tabla 2. Puntuación natural y su respectiva puntuación escalar, de acuerdo al grupo de comparación del participante.

El WAIS-IV permite agrupar los puntajes de las diferentes sub-pruebas para la conformación de índices, claves para el análisis de los resultados. Así, Semejanzas, Vocabulario e Información conforman el Índice de Comprensión Verbal (ICV); Diseño con Cubos, Matrices y Rompecabezas Visual, el Índice de Razonamiento Perceptual (IRP), Retención de Dígitos y Aritmética el Índice de Memoria de Trabajo (IMT); Búsqueda de Símbolos y claves el Índice de Velocidad de Procesamiento (IVP). Adicionalmente, se obtiene el resultado del Coeficiente Intelectual Total (CIT). Los resultados agrupados se presentan en la siguiente tabla:

ESCALA	SUMA DE PUNTUACIONES ESCALARES	PUNTUACIÓN COMPUESTA	RANGO PERCENTIL
Comprensión Verbal	7	56	0.2
Razonamiento Perceptual	6	52	0.1
Memoria de Trabajo	3	49	<0.1
Velocidad de Procesamiento	4	55	0.1
C.I. Total	20	**49**	<0.1

***Tabla 3.** Suma de puntuaciones escalares a puntuaciones compuestas, así como la puntuación del Coeficiente Intelectual Total (C.I. Total), donde se resalta que la participante se encuentra en el rango percentil extremadamente bajo de la batería.*



Análisis cualitativo

WAIS-IV

El índice de Comprensión Verbal evalúa la capacidad de razonamiento verbal, de formación de conceptos y los conocimientos adquiridos, tanto por medio de la educación formal como informal. Se ha

evaluado mediante tareas que requieren definir palabras (Vocabulario), encontrar semejanzas entre palabras (Semejanzas) y responder a preguntas sobre conocimientos adquiridos (Información). Yeferson ha obtenido una puntuación compuesta de 56, con un percentil equivalente de 0.2, lo que la sitúa dentro de una franja extremadamente baja. Adicional a esto, se aprecia un lenguaje con dificultades en prosodia y gramática, así como un contenido informativo correcto, se observa además fallos en fluidez verbal, no inicia ni mantiene tópicos conversacionales, solo responde preguntas.
Fallos para expresar las relaciones entre dos conceptos, el pensamiento asociativo y la capacidad de abstracción verbal. Se le dificulta formar conceptos verbales y se observa riqueza verbal y semántica disminuida. Se observan dificultades en cuanto a información que ha adquirido a través de la educación formal o informal, observándose dificultades para adquirir, almacenar y recuperar información aprendida y memoria a largo plazo.

El índice de organización perceptual (IOP) mide la capacidad de procesamiento (análisis y síntesis) visual y espacial, y la integración visuomotora. Implica la formación de conceptos extraídos del análisis visual y la organización y percepción del espacio. Se ha evaluado mediante tareas que requerían reproducir una serie de modelos con cubos de colores (Cubos), identificar la parte que falta en matrices con diferentes opciones de respuesta (Matrices) y elegir las tres piezas que completan un puzle que se presenta completo (rompecabezas visual). Yeferson ha obtenido una puntuación de 52, con un percentil equivalente de 0.1, lo que la sitúa dentro de una categoría extremadamente baja. Se presentan fallos para analizar y sintetizar estímulos visuales abstractos, establecer relaciones entre partes y razonamiento no verbal. A través del diseño con cubos fallos para el análisis y síntesis visual y la reproducción de dibujos geométricos abstractos de mayor complejidad.

El índice de Memoria de Trabajo (IMT) mide la capacidad para retener temporalmente en la memoria una cantidad determinada de información, mientras se trabaja u opera con ella. Evalúa la capacidad para focalizar la atención, mantenerla, y el control mental. Se ha medido mediante tareas que requieren repetir números en orden directo, inverso y creciente (Dígitos) y la prueba de Aritmética, donde debe resolver mentalmente problemas aritméticos y dar la respuesta dentro de un tiempo determinado.
La puntación obtenida por Yeferson ha sido de 49, que equivale a un percentil de <0.1, lo que la sitúa en la categoría extremadamente baja, cuando se compara con una muestra de personas de su misma edad. Se le dificulta atender, procesar, retener y trabajar con estímulos verbales, mientras opera mentalmente con ellos (por ejemplo, recordar datos de un problema aritmético mientras busca la operación adecuada, recordar el enunciado de una pregunta mientras busca una respuesta, etc.). Se observan dificultades ante cálculos sencillos y complejos.
Fallos para hacer resistencia a la distracción, memoria auditiva inmediata y memoria de trabajo. Se le dificulta utilizar conceptos numéricos abstractos, operaciones numéricas, capacidad de atención y concentración.

El índice de Velocidad de Procesamiento (IVP) evalúa la capacidad para explorar, ordenar y discriminar información visual simple de forma rápida y eficaz. Es una buena medida de la memoria visual a corto plazo, de la atención y la coordinación visomotora. Se ha evaluado con tareas visuales y de coordinación visomotora que requieren copiar unos símbolos emparejados con números (Clave de números). Yeferson ha obtenido una puntuación de 55, que equivale a un percentil 0.1, y sitúa esa capacidad dentro del rango extremadamente baja.

Inteligencia
El CI total arrojado por la batería WAIS IV es de 49. Se encuentra ubicado en un rango **INTELIGENCIA EXTREMADAMENTE BAJA** con respecto al grupo poblacional, su puntaje está en el rango bajo esperado para su edad y escolaridad. Esta categorización indica que el paciente se encuentra ubicado en una edad mental de 10 años, presenta dificultades para la realización de tareas cognoscitivas de baja, mediana y alta complejidad.

III.DIAGNOSTICOS:
F71 Retraso mental moderado C.I. 35 - 49

Conclusiones

Yeferson Steven Chaparro Leal, de 20 años de edad, obtiene un perfil homogéneo respecto a las áreas cognitivas evaluadas por este protocolo. Por lo que a nivel cognitivo se encuentran alteradas sus funciones, mostrando un bajo desempeño en las mismas.

En resumen, el paciente presenta fallas en todos los componentes de la batería, lo cual se observa en las puntuaciones escalares obtenidas de todos sus índices, presenta inmadurez en sus procesos cognitivos secundario a un trastorno autosómico (Síndrome de Down) como antecedente de importancia prenatal.

Según la teoría el retraso mental moderado se caracteriza por lentitud en el desarrollo de la comprensión y el uso del lenguaje, teniendo en esta área un dominio limitado. Los avances escolares son limitados, y aprenden sólo lo elemental para la lectura escritura y cálculo. Tienen dificultad para su cuidado personal. Sus funciones motrices son pobres, y necesitan de una supervisión permanente. En el trabajo desarrollan labores prácticas y sencillas, siempre y cuando estén detalladamente estructuradas y se les supervise de modo adecuado. De adultos es difícil que desarrollen una vida social completamente independiente; sin embargo, muchos de ellos son físicamente activos, con total capacidad de movimientos. El nivel de desarrollo del lenguaje varía, desde la capacidad para tomar parte en una conversación sencilla, hasta la adquisición de un lenguaje sólo para lo cotidiano. Existen pacientes que nunca aprenden a hacer uso del lenguaje y utilizan la gesticulación manual para compensar la carencia verbal. En la mayoría se detecta una etiología orgánica. Son frecuentes el autismo, o trastornos del desarrollo, así como también la epilepsia, los déficit neurológicos y las alteraciones somáticas.

Recomendaciones

- Iniciar una actividad artística que mantenga activo a Yeferson tanto cognitivamente como físicamente y por lo tanto pueda influir de forma positiva en sus habilidades.
- Se sugiere iniciar con la práctica de un deporte.
- Se recomienda continuar con proceso educativo, además se debe incluir un componente vocacional, que le permita al paciente iniciar un proceso de aprendizaje ocupacional dirigido a la adquisición de un oficio; lo anterior en compañía de Terapia Ocupacional para la identificación de habilidades y destrezas.
- Se sugiere vincular al paciente con grupos de pares, esto en busca de fortalecer habilidades en lenguaje, a nivel social y ocupacional.
- Requiere terapia de fonoaudiología para potencializar procesos verbales, articulación y comprensión del mismo.
- Requiere terapia ocupacional para fortalecer área cognitiva.

Nota: la anterior información no es de carácter conclusivo o rotulador, no tiene un alcance mayor al de ser un informe de carácter evaluativo, no pericial o testimonial. Sus características se acercan o guardan relación con los criterios del CIE 10.



Sandra Lilian López Molina
Psicóloga Reg. 108301
Esp. Evaluación y Diagnostico Neuropsicológico
M.Sc. Neuropsicología Clínica
Universidad de San Buenaventura

HISTORIA CLINICA CONSULTA EXTERNA

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: YEFERSON STEVEN CHAPARRO LEAL
Fecha Nacimiento: 09/diciembre/1998 Edad: 25 Años
Dirección: CALLE 58 # 26 14 BRRO LA SERRANIA
Procedencia: VILLAVICENCIO
Pertenencia etnica: 06 - OTROS

Identificación: 1031178037 **Sexo:** Masculino
Estado Civil: Soltero
Teléfono: 3134589733
Ocupación:
Nivel Educativo:

DATOS DEL INGRESO

Nº Ingreso: **3882174** Fecha: 11/06/2024 7:54:58 a. m.

Datos de Afiliación: Entidad: 009-24 - ESM COMANDO AEREO DE COMBAE NO. 2

Tipo de régimen: Otro

Nivel estrato: REGIMEN ESPECIAL Cama:

MOTIVO DE LA CONSULTA

CONTROL DE DUCTUS ATERIOVENOSO

ENFERMEDAD ACTUAL

MADRE REFIERE VER BIEN AL PACIENTE

REVISIÓN POR SISTEMA

ACOMPAÑANTE: ANA LEAL, MADRE

ANTECEDENTES

PATOLOGICOS: SINDROME DE DOWN , DUCTUS ARTERIOVENOSO
FARMACOLOGICOS:NIEGA
QUIRURGICOS:CIERRE DE DUCTUS ARTERIOVENOSO HACE 22 AÑOS
TOXICOALERGICOS:NIEGA
FAMILIARES:NIEGA

EXAMEN FISICO

NORMAL

SIGNOS VITALES

T.A 130 /70 mmHg **F.C** 80 x Min **F.R** 16 Mov*Min **Temp** 36 °C **Peso** 59 *Kg* **Talla** 150 Cm **IMC** 2.622 Kg/m2 **Glasgow** 36 /15

ANALISIS,INTERPRETACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE PARACLINICOS

PARACLINICOS

LABORATORIOS 06/06/24
TSH 2.8, T4L 1.34

ANALISIS
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE DUCTUS ARTERIOVENOSO DESDE EL NACIEMINTO DESDE HACE 4 AÑOS NO SE HACE CONTROLES S
ECO TT CONTROL CON RESULTADOS

ORDENES MÉDICAS

SS ECO TT CONTROL CON RESULTADOS

DIAGNÓSTICO

Código	Descripción	Dx Principal
Q909	SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO	Ppal ☑
I500	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	Ppal ☐

emsa

Documento impreso como factura electrónica - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

189860046

"El no pago de la factura de servicio en las fechas suministradas en el presente documento dará origen a la suspensión del servicio por mora. Cuando esta decisión proceda el usuario de inmediato, el día hábiles siguientes en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio o en caliente de proceder ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de suspensión la reinstalación del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-11-11 14:27 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-11-11 14:31 | CUDE |

Suscriptor: GERMAN EDUARDO CHAPARRO CRUZ

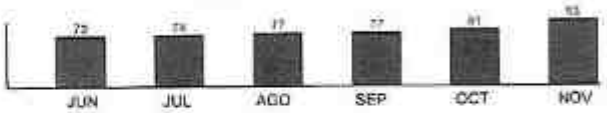
Dirección: CL 5B 26 14 BRR LA SERRANIA

Ciudad: Villavicencio

11250

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012335 de DIC-14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-25-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

DETALLE DE CONSUMO



(3) A-S Lectura Anterior 46293
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 46386
Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 77
Documento No.: DES5977613
Facturas Atrasadas: 0

Ultimo Pago: $64700 17-10-25
Periodo Facturado: 09-10-2025/09-11-2025
Ruta: 36-3639152311

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
PAF	28256282	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 11-NOV-2025 03:11

ESTRATO	3	ZONA	Urbano	CICLO	32
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Cod. Circuito	VIS003	(HC) Horas Compensadas	0
COD.Transformador	VIT788	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	12	(CEC) Consumo estimado a compensar	77
(DIU) Duración en horas de interrupciones	25.539	(%) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	11	(D) Cargo de Distribución	199.99
(DIUG) Meta por duración	21.54	(FIUG) Meta por Frecuencia	20

Va a Compensar $ 0

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	323.2	Pérdidas reconocidas	PR $	60.23
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	52.97	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	30.83
Transporte en el sistema de distribucion local	D $	275.2	Costo de comercialización	C $	181.67
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) Cu=G+T+D+Cv+PR+R					324.1
Interés moratorio residencial		0,49%	Interes moratorio no residencial		1,58%

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía
765.45 [Valor kWh con SUBS] x 93 [Consumo en kWh] 573

VALOR NETO 59
Porcentaje de SUBSIDIO (15%) 5-12
Valor porcentaje de SUBSIDIO 573
SUBTOTAL VALOR CONSUMO
OTROS CONCEPTOS 34
Impuesto AP
Ajuste a la Decena

SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS 32

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $75

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No.

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Fecha inicio	Fecha finalización	Concepto	
21-NOV-2025	22-NOV-2025		$75,630

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO
09-10-2025/09-11-2025

Ruta: 36-3639152311

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
189860046	21-NOV-2025	$75,630

(415)7709998002449(8020)189860046(3900)00000075630

emsa

VIGILADO SUPERSER

Sisbén

Fecha de consulta: 15/11/2024

Ficha: 5008104414519630007261

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: YEFERSON STEVEN

Apellidos: CHAPARRO LEAL

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1031170037

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Fecha de ingreso: 05/04/2022

Fecha actualización cabecera: 16/09/2022

Fecha actualización en registros administrativos: 25/11/2023

Si actualmente alguna de estas fechas no corresponde a la información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde vive actualmente

"La información de su encuesta debe ser revisada por los profesionales encargados en los procedimientos establecidos a la recolección de información. La oficina Sisbén debe realizar en un plazo no mayor a 12 meses, un proceso para dar solución a este hallazgo. En caso de que la oficina no realice este proceso en el plazo mencionado, se realizará un bloqueo preventivo de su encuesta. Si requiere mayor información por favor comunicarse con la oficina Sisbén de su municipio."

Contacto Oficina SISBEN

Nombre responsable: Alcaldía Municipal de Villavicencio

Dirección: Calle 33 No 15 - 34 Barrio Barzal Casa Gobierno Piso 15 Piso 2

Teléfono: 6704610227

Correo Electrónico: Sisben@villavicencio.gov.co

Horario Atención de Orientación: Este proceso se realiza en los siguientes horarios

En cualquiera de estas oficinas encontrará información adicional.

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO
ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Edgar Ivan Cristancho Campo

Fecha de Nacimiento: 20 Marzo 1971

Edad:

Documento de identidad: 17346471.

Diagnostico: paralisis cerebral.

Direccion: Carrera 10-22-10 Sur este barrio Gabiotas

Telefono: 3057010065 - 3053086939

AFILIACION EPS: Coosalud

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Carlos Cristancho Mora

Direccion: carrera 10-22-10-Sur este barrio Gabiotas.

Telefono: 3057010065 - 3053086939

Contacto de Emergencia y telefono

Yanehi Cristancho Campo TI 1020840589

AUTORIZACIONES

Autorize a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO. _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: [signature]

NOMBRE ACUDIENTE: Carlos Cristancho

C.C. 17172309 Bogota .

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Carlos Cristancho Mora, identificada con cedula de ciudadanía No. 17117309 actuando como representante legal de mi hijo Edgar Yesid Cristancho E identificado con cedula de ciudadanía No. CC. 1.234.6471 Y con diagnostico medico Cognitiva Permanente, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

17117309.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
EDGAR	IVAN	CRISTANCHO	CAMPO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía		Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
				X				

Número de documento de identidad: 17346471

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
DOMSALUD DEL META SAS	2025	5	4

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	900310945

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	75.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	65.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	50.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b122.2 b163.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.388

3. Codigos Actividades y Participación

d155.3 d175.3 d879.2

Sisbén

Fecha de consulta: 15/12/2023

Ficha: 500010921460000010107

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: EDGAR IVAN

Apellidos: CRISTANCHO CAMPO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 17346471

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/04/2023

Última actualización ciudadana: 05/05/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: LUIS FELIPE GARCÍA BELTRAN

Dirección: Calle 37 No 29 - 57

Teléfono: 6829410 - 3208559257

Correo electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.346.471
CRISTANCHO CAMPO
APELLIDOS
EDGAR IVAN
NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-MAR-1971
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.82
ESTATURA

O+
G.S. RH

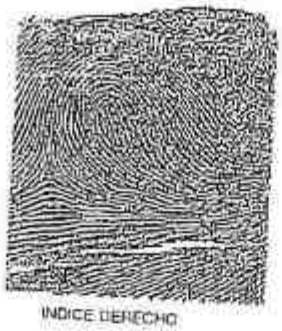
M
SEXO

20-JUL-1989 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
[illegible]



A-5230100-00096633-M-0017346471-20110727 0028980340A 2



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-NOV-1944

CHIPAQUE
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

20-DIC-1965 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-5200100-32082174-M-0017112309-20010724 03018011918 02 085565750

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17112309

CRISTANCHO MORA
APELLIDOS

CARLOS ANICETO
NOMBRES

FIRMA



emsa
Electrificadora del Meta S.A.
NIT. 892002210-6

Calle 37A A-55 Barrio Alto Vía La Apiay Villavicencio
Línea 110 (solo celular) Marcación Línea gratuita nacional 018000934015
Desde cualquier operador 310 027 8035
WhatsApp 318 595 7464

www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

605415931

"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de aparecer la palabra inmediato la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-09-08 13:3 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-09-08 13:33 | CUDE | 17f8804886576f7f8210dcae71d54c611ba69d32e0407a577615e9471e81cc3dce73a7f0cc1dace774ac5ef6ed30845

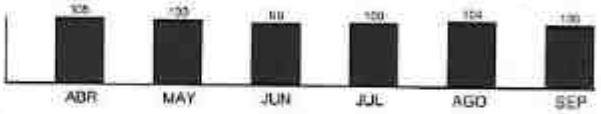
Suscriptor: FLOR ALICIA CAMPO DE TRUJILLO

Dirección: CR 10 E 22 10 SUR BRR GAVIOTAS

Ciudad: Villavicencio

1741

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S Lectura Anterior 20718
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 20818
Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 102
Documento No.: DES4224562
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: 375250 15-08-25
Periodo Facturado: 10-08-2025/07-09-2025
Ruta: 36-3638831440

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	100126987	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 09-SEP-2025 03:09

ESTRATO	3	ZONA	Urbano	CICLO	33
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

...S Circuito	VI1003	(HC) Horas Compensadas	2.865
...DO. Transformador	VIT1298	(VC) Veces a compensar	3
Grupo de calidad	12	(CEC) Consumo estimado a compensar	100.621
(DIU) Duración en horas de interrupciones	56.283	(%A) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	26	(CR) Cargo de Distribución	139.66
(DIUG) Meta por duración	20.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	23

Vlr a Compensar $ 401756

Costo unitario de la prestación del servicio de EMSA ($ / kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	306.6	Pérdidas reconocidas	PR $	57.84
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	56.93	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	49.65
Transporte en el sistema de distribucion local	D $	269.71	Costo de comercialización	C $	156.11

Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+C+PR+R 896.84

Interés moratorio residencial 0,49% | Interés moratorio no residencial 1,50%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:
TSA 01 (Valor kWh con SUBS) x 160 (Consumo en kWh) $70,401

VALOR NETO $80,884
Porcentaje de SUBSIDIO (15%) $-10,483
Valor porcentaje de SUBSIDIO $70,401
SUBTOTAL VALOR CONSUMO
OTROS CONCEPTOS:
Impuesto AP $2,697

SUBTOTAL VALOR OTROS $2,697
DESCUENTOS:
Compensa Calidad Servicio $-4,018

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-4,018
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$75,080

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
18-SEP-2025	19-SEP-2025	**$75,080**

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
10-08-2025/07-09-2025	Ruta: 36-3638831440	605415931	18-SEP-2025	$75,080

(415)7709998002449(8020)000605415931(3900)0000075080

emsa
Electrificadora del Meta S.A.

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC 14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0[illegible] 09-25-2002 LA TENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS VIGILADA POR SUPERSERVICIOS

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art 130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se asimila a una letra de cambia - Electrificadora del Meta SA, Nit: 892.002.210-6, SWDE-EMSA

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO	
Nombre: Edilson Neymar cubillos linares	
Fecha de Nacimiento 15 - Julio 2015	**Edad** 10
Documento de identidad: 1121 947 523	
Diagnostico : Epilesia y otras cosas más	
Direccion: sandiego casa lote #28 Betty camacho	
Telefono: 3104229935 - 3330407866	
AFILIACION EPS: Nueva ePS	

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE
Nombre: Monica Paola Linares Linares
Dirección: sandiego casa lote #28 Betty camacho
Telefono: 3104229935 - 3330407866
Contacto de Emergencia y telefono 3104229935 - 3138897947.

AUTORIZACIONES
Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución SI: X NO: _____
Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a) SI: X NO: _____

FIRMA: Monica Paola Linares L.

NOMBRE ACUDIENTE: Monica Paola linares

C.C. 40347798 Vicio Meta.

Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 310 401 25 49 – 304 535 46 37 – 313 293 78 53
Corpoayudandoavivir4@gamil.com

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Monica Paola linares linares, identificada con cedula de ciudadania No. 40'347798 Villavicencio Meta actuando como representante legal de mi hijo Edilson Neymar cubillos linares identificado con cedula de ciudadanía No. 1121947523 de villavicencio Y con diagnostico medico Meta., me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Monica Paola linares linares
cc 40347798 villavicencio meta

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.121.947.523**

CUBILLOS LINARES

APELLIDOS

EDILSON NEYMAR

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO **15-JUL-2015**

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

15-JUL-2033
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G. S. RH

M
SEXO

23-AGO-2022 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-5403700-[illegible] M-1121947523-20220823 **0083478704A 1** 8605470828

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 40.341.798
LINARES LINARES

APELLIDOS

MONICA PAOLA

NOMBRES

Monica Paola Linares

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 18-MAY-1983
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

13-AGO-2003 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-0300100-01192661-F-0040341798-20031001 0071[illegible]A 1 0300710443

Sisbén

Fecha de consulta: 27/11/2025

Ficha: 5000109765130000297

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **EDILSON NEYMAR**

Apellidos: **CUBILLOS LINARES**

Tipo de documento: **Tarjeta de identidad**

Número de documento: **1121947523**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **28/07/2023**

Última actualización ciudadano: **02/10/2025**

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

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **YOLANDA COY HERNANDEZ**

Dirección: **Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2**

Teléfono: **3208559257**

Correo Electrónico: **sisben@villavicencio.gov.co**

¿Hemos actualizado tu información? Esto ocurre en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando existe 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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
LUILSON	NEYNAR	CUBILLOS	LINARES

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro Civil	Tarjeta de Identidad	X	Cédula de Ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1121947523

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
MEDICOOP IPS LTDA

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2025	4	16

2.3 Tipo de Entidad Valoradora
NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
900108793

c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	50.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	38.89
Participación	57.14

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Códigos Funciones Corporales
b122.1 b139.1 b167.2

2. Códigos Estructuras Corporales
s110.1b8 s298.2b8

3. Códigos Actividades y Participación
d155.2 d310.2 d598.2

Identificador: 477102 Generado en: 2025-04-16 16:02:25 (-5:00) Pag. 1 de 2

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
MARIELA LORENA VARGAS HERRERA	Fisioterapeuta	CC 1121950856
ADRIANA JANETH DUQUE ARENAS	Trabajador Social	CC-40590432
WILSON PULIDO CASTAÑEDA	Medicina	CC-79411187

El certificado de discapacidad no se emplea para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales, ni para los efectos propios de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

027 | **Formato Individual de Pago** | **409540258**

Nombre y Apellidos	MONICA LINARES	Cédula No.	40.341.798
Dirección	CS28	VILLAVICENCIO	Periodo facturado: 05-10-2025/04-11-2025

INFORMACION GENERAL DEL SECTOR

Saldo financiación	$
Valor Consumo mes	$3.465.170
Saldo Anterior	$3.497.110
Valor Factura Macro:	**$6.962.280**

LIDER COMUNITARIO: KELLY JOHANA PADILLA ROMERO

Macro: 5165961

PAGUESE ANTES DE:	SUSPENSION DESDE:	PUNTOS DE PAGO:
14/11/2025	15/11/2025	CONSUERTE

INFORMACION INDIVIDUAL DE PAGO

Medidor:		Consumo Kw h:	131
Lectura Anterior:	5172	Lectura Actual:	5041

Saldo Pendiente: $

Valor Actual: $ 48.700

$

Total a Pagar: $ 48.700

Desprendible recaudador

027 | **Formato Individual de Pago** | **409540258**

Nombre y Apellidos	MONICA LINARES	Cédula No.	40.341.798
Dirección	CS28	VILLAVICENCIO	Periodo facturado: 05-10-2025/04-11-2025

INFORMACION GENERAL DEL SECTOR

Saldo financiación	$
Valor Consumo mes	$3.465.170
Saldo Anterior	$3.497.110
Valor Factura Macro:	**$6.962.280**

LIDER COMUNITARIO: KELLY JOHANA PADILLA ROMERO

Macro: 5165961

PAGUESE ANTES DE:	SUSPENSION DESDE:	PUNTOS DE PAGO:
14/11/2025	15/11/2025	CONSUERTE

INFORMACION INDIVIDUAL DE PAGO

Medidor:		Consumo Kw h:	
Lectura Anterior:		Lectura Actual:	

Saldo Pendiente: $

Valor Actual: $ 48.700

$

Total a Pagar: $ 48.700

Desprendible EMSA

027 | **Formato Individual de Pago** | **409540258**

Nombre y Apellidos	MONICA LINARES	Cédula No.	40.341.798
Dirección	CS28	VILLAVICENCIO	Periodo facturado: 05-10-2025/04-11-2025

INFORMACION GENERAL DEL SECTOR

Saldo financiación	$
Valor Consumo mes	$3.465.170
Saldo Anterior	$3.497.110
Valor Factura Macro:	**$6.962.280**

LIDER COMUNITARIO: KELLY JOHANA PADILLA ROMERO

Macro: 5165961

PAGUESE ANTES DE:	SUSPENSION DESDE:	PUNTOS DE PAGO:
14/11/2025	15/11/2025	CONSUERTE

INFORMACION INDIVIDUAL DE PAGO

Medidor:		Consumo Kw h:	
Lectura Anterior:		Lectura Actual:	

Saldo Pendiente: $

Valor Actual: $ 48.700

$

Total a Pagar: $ 48.700

REGUERDE CONSERVAR EL COMPROBANTE DE PAGO

QUIEN PAGA

DEPARTAMENTO DEL META	CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD	

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: José fernando Daza Reina

Fecha de Nacimiento: 27 de Mayo de 2004

Edad: 21

Documento de identidad: 1118531092

Diagnostico: Androme de Down Cognitivo severo

Direccion: Crra 44 No. 29 Sur 160 Cjto residencial Montecarlo casa B:18

Telefono: 3104462076

AFILIACION EPS: Salud total

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Adela Reina

Direccion: Crra 44 No. 29 Sur 160 cjto residencial Montecarlo Manzana B casa No. 18

Telefono: 3104462076

Contacto de Emergencia y telefono: 3104462076

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: _____

NOMBRE ACUDIENTE: Adela Reina

C.C. 40.391.685

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Adela fernanda Reina Ortiz identificada con cedula de ciudadanía No. 40391.685 actuando como representante legal de mi hijo Jose fernando Daza Reina identificado con cedula de ciudadanía No. 1118531092 Y con diagnostico medico Sindrome de Down Cognitivo severo me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Adela Fernanda Reina Ortiz

_____

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JOSE	FERNANDO	DAZA	REINA

1.5 Departamento de Residencia
META

1.6 Municipio de Residencia
VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1118531092

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
MEDICOOP IPS LTDA

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2023	11	4

2.3 Tipo de Entidad Valoradora
NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
900108793

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	75.00
Movilidad	30.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	70.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	71.88

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b163.3 b167.2 b5253.

2. Codigos Estructuras Corporales
s199.270

3. Codigos Actividades y Participación
d175.3 d598.2 d879.3

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

1 PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
EDNA ALEJANDRA RUALES BASTIDAS	Terapia ocupacional	CC-1124860485
CARMEN ELENA MALAVE MARTINEZ	Fisioterapia	CC-52349218
JOSE ALFREDO ORTEGA ORTEGA	Medicina	CC-84038431

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.118.531.092

DAZA REINA

APELLIDOS

JOSE FERNANDO

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-MAY-2004

YOPAL
(CASANARE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.42 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

10-JUN-2022 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-5200100-01305960-M-1118531092-20220701 0079919575A 2 8504931004

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.391.685

REINA ORTIZ

APELLIDOS

ADELA FERNANDA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-MAR-1971

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA | AB+ G.S. RH | F SEXO

28-ABR-1989 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-5200100-40126234-F-0040391685-20091109 0005630568A 1 6750003855

Sisbén

Fecha de consulta: 22/08/2025

Ficha: 500011121460100001794

No pobre no vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ADELA FERNANDA

Apellidos: REINA ORTIZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40391685

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/03/2023

Última actualizacion ciudadano: 03/03/2023

Ultima 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**

"La información de su encuesta debe ser revisada por inconsistencias presentadas en los procedimientos atribuibles a la recolección de información. La oficina Sisben debe realizar en un plazo no mayor a 12 meses, un proceso para dar solución a este hallazgo. En caso de que la oficina no realice este proceso en el plazo mencionado, se realizará un bloqueo preventivo de su encuesta. Si requiere mayor información por favor comunicarse con la oficina Sisbén de su municipio"

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

Mientras actualizada tu información sobre el 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 su ficha ofrecemos información en los siguientes canales:

emsa
Electrificadora del Meta S.A. E.S.P.
Nit. 892000756-6

Calle 37A No 33 Barrio Alto Vía La Azotea Villavicencio
Línea 115 (una opción menú)
Línea gratuita nacional
018000918075
Desde cualquier operador
316 327 8033
WhatsApp 316 555 7464

www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NUMERO PARA CONSULTA O PAGO

133759194

"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de aparecer la palabra inmediata la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-11-04 11:00 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-11-04 15:17 | CUDE | 79d0f8e034bea09880d3c0d5042bbbfd13fe4254443ebb8720faad0281023dc47aa3d1909d3f6eb7a7a9e9256e0

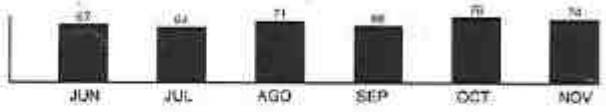
Suscriptor: JOSE ABEL CASTRO CORONADO

Dirección: CR 44 29 SUR 160 MZ B CS 16 CON MONTECARLO RESIDENCIAL

5007

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 10363
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 10437
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 68
Documento No.: DES4652254
Facturas Atrasadas: 0

Ultimo Pago: $58320 06-10-25
Periodo Facturado: 02-10-2025/01-11-2025
Ruta: 31-3100503810

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES):	NUMERO (S)	FACTOR
HOL	140813620	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN	04-NOV-2025 04:11				
ESTRATO	3	ZONA	Urbano	CICLO	31
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	V-0801	(NC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT1281	(VC) Veces a compensar	0
Tipo de calidad	13	(CCC) Consumo estimado a compensar	68
*(I) Duración en horas de interrupciones	2.286	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FI,I) Número total de interrupciones	0	(Cd) Cargo de Distribución	167.19
(DAI,I) Meta por duración	21.54	(FAI,I) Meta por Frecuencia	20

V/r a Compensar $ 0

Costo unitario de la prestación del servicio de EMSA ($ / kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	323.2	Pérdidas reconocidas	PR $	69.23
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	52.97	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	30.83
Transporte en el sistema de distribución local	D $	342.31	Costo de comercialización	C $	181.67
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1)					891.21
Interés moratorio residencial		0.49%	Interés moratorio no residencial		1.58%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía 757.33 (Valor kWh con SUBS) x 74 (Consumo en kWh)	$56.057
VALOR NETO	$65.950
Porcentaje de SUBSIDIO (15%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-9.893
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$56.057
OTROS CONCEPTOS	
Impuesto AP	$1.979
Ajuste a la Decena	$4
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS	$1.983
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$58.040

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
12-NOV-2025	13-NOV-2025	**$58,040**

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
02-10-2025/01-11-2025	Ruta: 31-3100503810	133759194	12-NOV-2025	$58,040

(415)7709998002449(8020)0133759194(3900)0000058040

emsa
VIGILADO SUPERSERVICIOS

URBAN CONTRIBUYENTE RES No. 012035 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0547 Enero-25-2022
VIGILADA "LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS"
La presente factura presta mérito ejecutivo (Art.130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se asimila a una letra de cambio. Electrificadora del Meta SA, Nit 892.000.756-6. SVCE EMSA

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombres: Juan Camilo Diaz Acosta

Fecha de Nacimiento: 12 - Diciembre 2008 Edad: 16 años

Documento de Identidad: TI 1121 871 609

Diagnostico: Simdrome de Down

Direccion: Mz 28 Casa 25 barrio la madrid

Telefonos: 314 2565110 - 322 909 6774

AFILIACION EPS: Caja capi

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombres: Jhoana Acosta Alfarez

Direccion: Mz 28 Casa 25 barrio la madrid

Telefono: 314 2565110 - 322 909 6774

Contacto de Emergencia y telefono:

312 348 8572 - 314 2565110

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividades que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca su hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: Johana Acosta A.

NOMBRE ACUDIENTE: Jhoana Acosta Alfarez

C.C. 1121 858 644 Vlcio

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Juana Acosta Alfarez, identificada con cedula de ciudadania No. 1121 858 644 de Villavicencio actuando como representante legal de mi hijo Juan Camilo Diaz Acosta, identificado con cedula de ciudadania No. TI 1121871609 Y con diagnostico medico Sindrome de Down, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Juana Acosta A.
1121 858 644

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JUAN	CAMILO	DIAZ	ACOSTA

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomatico	Permiso especial de permanencia
			X					

Número de documento de identidad: 1121871609

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

Grupo de inversión en sector servicios

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	8	3

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

901597508

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	75.00
Movilidad	30.00
Cuidado Personal	62.50
Relaciones	75.00
Actividades de la Vida Diaria	56.25
Participación	60.71

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b126.2 b735.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s1109.289 s770.388

3. Codigos Actividades y Participación

d150.3 d598.4 d910.2

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
GERALDIN BARBOSA MORENO	Psicología	CC-1030586088
CARMEN ELENA MALAVER MARTINEZ	Fisioterapia	CC-52349218
JOSE ALFREDO ORTEGA VEGA	Medicina	CC-84038431

Este certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.121.871.609**
DIAZ ACOSTA
APELLIDOS
JUAN CAMILO
NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-DIC-2008**
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
12-DIC-2026 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. (RH) SEXO
01-FEB-2016 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL



A-5200150-0120180E M-1121871609-20200436 **0076B**36007A 1 8004504902

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.121.858.644**
ACOSTA ALFEREZ
APELLIDOS
JHOANA GRACIELA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO **16-NOV-1989**
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.49 ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO
05-DIC-2007 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO VEGA PINEDA

A-6200100-01102359-F-1121858644-20051202 0072917766A 1

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: **26/11/2025**

Ficha: **500010981148100002738**

A1

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **JUAN CAMILO**

Apellidos: **DIAZ ACOSTA**

Tipo de documento: **Tarjeta de identidad**

Número de documento: **1121871609**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **09/04/2025**

Última actualización ciudadano: **12/11/2025**

Última actualización vía registros administrativos:

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

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **YOLANDA COY HERNANDEZ**

Dirección: **Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2**

Teléfono: **3208559257**

Correo Electrónico: **sisben@villavicencio.gov.co**

- **Rev.Sistemas y Ex.Fisico**

Exámen Físico

Estado General:	CONCIENTE,HIDRATADA,. AL TACTO	
Cabeza:	Normal	NORMOCEFALO
Ojos:	Normal	PUPILAS ISOCORICAS, FOTORREACTIVAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS.
Oidos:	Normal	OTOSCOPIA NORMAL
Nariz:	Normal	NARINAS PERMEABLES
Boca:	Normal	OROFARINGE NORMAL
Cuello:	Normal	MOVIL NO MASAS NO ADENPATIAS
Torax:	Normal	RSCS RITMICOS SIN SOPLOS, BUENA VENTILACION PULMONAR SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS
Abdomen:	Normal	BLANDO, DEPRESIBLE , NO DOLOROSO A LA APALPACION , NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS NI MEGALIAS
G/U:	Normal	SE OBSERVA QUISTE SEBASECO EN TESTICULO DERECHO.
Ano:	Normal	NO SE EXPLORA
Extremidades:	Normal	SIMETRICAS SIN EDEMAS
Neurológico:	Normal	ALERTA
Osteomuscular:	Normal	SIN ALTERACION
Piel:	Normal	NO LESIONES APARENTES
Revision por sistema:	Normal	
Sistemático Respiratorio:	No	
TBC Multidrogoresistente:	No	
Sintomático de Piel:	No	
Lepra:	No	
Sintomatico Nervioso Periférico:	No	
Perimetro Abdominal:	(80) Normal	

- **Prescripcion A**

No: 202509030182-1 **Fecha y Hora: 03/09/2025 14:12:28** **Profesional:Monica Patricia Reyes Castro.(medicina .)**

Cod.1	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duracion	T. Dosis	Entregar
H03AL006011	Levotiroxina Sodica 50mcg Tableta TAB 50 MG | **Tableta**	1.00 UNID	ORAL	Cada 24 HORA(S)	3 MES(ES)	90	90 TAB.
Obs: TOMAR 1 TABLETA DIARIA POR 3 MESES							
00144	AMBROXOL JARABE 15MG/5ML AMBROXOL JARABE 15MG/5ML | **Jarabe**	1.00 UNID	ORAL	Cada 8 HORA(S)	7 DIA(S)	21	1 JAR.
Obs: DAR 1 CUCHARADA CADA 8 HORAS POR 7 DIAS.							
R03DK003221	Ketotifeno 1mg/5ml Jarabe Jarabe 1mg/5ml | **Jarabe**	1.00 UNID	ORAL	Cada 12 HORA(S)	7 DIA(S)	14	1 UNI.
Obs: DAR 1 CUCHARADA CADA 12 HORAS POR 7 DIAS.							

Observaciones:

- **Prescripcion A**

No: 202509030182-2 **Fecha y Hora: 03/09/2025 14:13:18** **Profesional:Monica Patricia Reyes Castro.(medicina .)**

Cod.1	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duracion	T. Dosis	Entregar
123456789	PA&#65533;ALES DESECHABLES PA&#65533;ALES DESECHABLES |	1.00 UNID	NO APLICA	Cada 6 HORA(S)	3 MES(ES)	360	360 UNI.
Obs: PAÑALES DESECHABLES DE ADULTO TALLA M PARA CAMBIO CADA 6 HORAS POR 3 MESES.							

Observaciones:

- **Remisiones**

Fecha y Hora: 03/09/2025 14:14:00 **Profesional:Monica Patricia Reyes Castro.(medicina .)**
Remision N° 1

Especialidad:	UROLOGIA		
Institución:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO		
Acepta:	X	Autorización:	X
Modalidad:	Remision		
Motivo:	Nivel de competencia	Incluir Ambulancia:	No
Observaciones:	IDX.: QUISTE SEBACEO EN TESTICULO DERECHO.		

- **Remisiones**

Fecha y Hora: 03/09/2025 14:14:33 **Profesional:Monica Patricia Reyes Castro.(medicina .)**
Remision N° 2

Especialidad:	PEDIATRIA		
Institución:	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO		
Acepta:	X	Autorización:	X
Modalidad:	Remision		
Motivo:	Nivel de competencia	Incluir Ambulancia:	No
Observaciones:	IDX.: SINDROME DE DOWN.		

- **Laboratorios y Diagnosticos**

y Hora: 03/09/2025 14:06:04 **Profesional:** Monica Patricia Reyes Castro. (medicina .) **Identificación:** CC 40440390

Análisis de Laboratorio e Imagenes Diagnósticos:

Tipo de Diagnostico: Confirmado Repetido

Diag. Principal: (Q909) SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO

Diag. Relacionado1: (F32X) INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA

Diag. Relacionado2: (R229) TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN PARTE NO ESPECIFICADA

Diag. Relacionado3: (J00X) RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

Diag. Relacionado4:

- **Procedimientos**

Fecha y Hora: 03/09/2025 14:15:36 **Profesional:** Monica Patricia Reyes Castro.(medicina .) **Identificación:** CC 40440390

Fecha del resultado: 03/09/2025 **Hora del Resultado:** 14:15:36

N°: 1

Cod: 990201 Nomb: EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL Cant: 1 Dato: DXP: J00X DXR: Orden: 0 Item:

Descripción

PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

• Evite el contacto con personas con gripa. Los enfermos deben utilizar tapabocas y mantener las manos limpias con un correcto lavado de manos con agua y jabon.

• Si es un bebé menor de seis meses, suministre solamente leche materna en mayor cantidad, por lo menos 10 veces al dia.

• Si el niño tiene seis meses o más, proporcione alimentos recién preparados, de alto contenido nutricional y energético (frutas, verduras y carnes), y sigale dando leche materna.

• Evite contacto con fumadores.

• Para aliviar la tos y el dolor de garganta dé a su niño bebidas aromáticas o té. Si es mayor de un año suministrele miel.

• Mantenga las fosas nasales destapadas, en lo posible aplique con frecuencia suero fisiológico por ambas fosas nasales Limpiando las secreciones.

• Cuando el niño salga a cambios bruscos de temperatura, protéjalo y cúbrale la nariz y la boca.

Recomendaciones

• Enseñe a sus hijos a estornudar: Ponga un pañuelo desechable sobre nariz y boca al toser o estornudar, bótelo y lavese las manos.

• No suministre medicamentos, antibióticos o jarabes para la tos a menos que sean formulados por el médico.

• Lávese las manos cuando tenga contacto con secreciones o enfermos con gripa.

• Ventile a diario la casa y habitación de los enfermos.

• Verifique que su esquema de vacunación (niños, niñas, escolares y adultos) esté completo para su edad.

• La hidratación es la clave para controlar la enfermedad y evitar así mayores complicaciones.

Signos de alarma en infantes

• Hay que estar atentos en los niños y niñas menores de 5 años las siguientes manifestaciones:

• Aumento en la frecuencia respiratoria o respiración rápida.

• Se le hunden los costillos al respirar.

• Presenta ruidos extraños al respirar o "le silba el pecho".

• No quiere comer o beber y vomita todo.

• Fiebre, que no cede con la administración de medicamentos.

• Irritabilidad.

• Decaimiento y somnolencia.

• Ataques o convulsiones.

Responsable: Impreso por:

Ruta: 1-100945145 **1137**

emsa
Electrificadora del Meta S.A.
NIT 892.000.115-6

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios
www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO
372673480

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-09-03 09:06 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-09-03 09:20 | CUDE | ed7f34b8215ba1c6c8d30ce9a05d48c0e9d313a3bc1e44d8f283a1487c88a8145818002b28d3c44ca152596230

Suscriptor: JHOANA GRACIELA ACOSTA ALFEREZ
Dirección: MZ 28 CS 25 ET 1 BRR LA MADRID
Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



O | A-S
Lectura Anterior 7771
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 7933
Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 189
Documento No.: 0834000065
Factura Anticipada: 0

Ultimo Pago: $87549 15-08-25
Periodo Facturado: 02-08-2025-30-08-2025
Ruta: 1-1000-5145

MARCA CONTADOR (E3)	NÚMERO (S)	FACTOR
SIN	[illegible]	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 2025-09-03 09:06

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	1
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Clientes VIP-	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INFORMACIÓN TÉCNICA

Cód. Circuito	VI0802	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	C1111247	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	172
(DIU) Duración en horas de interrupciones	0	(Fm) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	0	(Dt) Cargo de Distribución	187.33
(DIUG) Meta por duración	26.92	(FIUG) Meta por Frecuencia	25

V/r a Compensar $ 0

COMPONENTES DE COSTOS DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	308.6	Pérdidas reconocidas	PR $	57.84
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	56.80	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	49.65
Transporte en el sistema de distribución local	D $	297.17	Costo de comercialización	C $	156.11
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (inconcepto) Nivel [1]			CU=G+T+D+Cv+PR+R		866.3
					866.3

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
		No. DE CUOTAS	

VALOR RECLAMACIÓN

SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía
394.00 (Valor kWh con SUBS) a 192 (Consumo en kWh) — $62.221

VALOR NETO
Porcentaje de SUBSIDIO (56%) — $140.340
Valor porcentaje de SUBSIDIO — $-78.120
SUBTOTAL VALOR CONSUMO — $62.221

OTROS CONCEPTOS
Impuesto AP — $1.435

SUBTOTAL VALOR OTROS — $1.435
DESCUENTOS
Ajuste A la Decena — $-4

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS — $-4
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA — $63.629

EDWIN DAVID GUZMAN ROHORGUEZ
FIRMA GERENTE

Interés Moratorio Residencial	0,49%
Interés Moratorio No Residencial	1,58%

Bioagrícola
Bioagrícola del Llano S.A.
Empresa de servicios públicos ESP
Responsable de IVA
Calle 34A 34 - 20 Torre 1 Barrio Barzal
Villavicencio, Meta
Autorretenedores ICA en Villavicencio
Resolución 1633-67-007768 del 25 de junio de 2014
NIT 822.000.368-9
NUR 1-1000-1000-2

CÓDIGO USUARIO BIO:
080586225025
DOCUMENTO No:
041305354

LÍNEAS DE ATENCIÓN (608) 6784287 | 323-2540656 — Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 4:00 p.m. Atención continua — **LÍNEA DIRECTA 110**

DATOS GENERALES

Mes de facturación: AGOSTO
Uso: RESIDENCIAL
Und. residencial: 1
Und. no residencial: 0
Est/Cat: 1
Fr. recolección: 0
Fr. barrido: 2
Volumen M3: 0
Subsidio (%): 56
Contribución (%): 0
Tasa de interés: 0.16
Fact. vencidas: 0

HISTÓRICOS FACTURAS / TON

MES 1	MES 2	MES 3
$25,705	$25,394	$24,524
MES 4	**MES 5**	**MES 6**
$24,650	$24,070	$22,969

Tarifadas	Actual	Anterior
TRBL	0.002501	0.002501
TRLU	0.001471	0.001471
TRRA	0.000168	0.000168
TRA	0.027444	0.026620
TRNA	0.037156	0.037156
TAFA	0	0
TAFNA	0	0

COSTOS SERVICIO

Costo Fijo Total: 25.745
Costo Variable no aprov: 190358.99
Aprovechamiento: 4715
Valor base aprovechamiento: 171946.7

LIQUIDACIÓN DEL SERVICIO

Cargo fijo	$25,745
Cargo Variable	$12,995
Descuentos	$-541
Subsidio-Contribución	$-14,468
Gas Incum Ind Calidad	$-7
Devoluciones(-):	$0
Ajuste aprovechamiento:	$3,533
TOTAL ASEO:	$26,857

OTROS SERVICIOS

Productos: $0 — IVA: $0
Servicios: $0 — IVA: $0
TOTAL OTROS SERV: $0

FINANCIACIONES

Base IVA	IVA financiación	Cuotas pend.	Saldo deuda	Valor cuota mes
$0	$0	0	$0	$0

Valores en reclamación $0

TOTAL Bioagrícola $26,857

Andrea Lesmes Herrera
Gerente Bioagrícola del Llano

**Puede solicitar la devolución de los conceptos de la circulación el impuesto de esta factura.

*El valor de descuento corresponde a deuda corriente y descuentos vuelva a pagar cuando lo que se pagan.

SC 1958-1 05 07-1

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Fecha de cobro de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
11-SEP-2025	12-SEP-2025	$90,477

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic 21

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012538 de DIC 14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0047 Enero-25-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

La presente factura presta mérito ejecutivo conforme a lo establecido en el artículo 130 Ley 142 de 1994 y podrá ser cedida a una entidad de cobro. Electrificadora del Meta SA NIT 892.000.115-6. EMSA

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO CONSERVACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA "AMOR Y TRABAJO"
ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

16

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Ana María Garcia Diaz.

Fecha de Nacimiento: 30 Octubre 2000 Edad: 25 años.

Documento de Identidad: 1.342.818.885

Diagnostico: SINDROME DOWN

Dirección: cll 37c. Nº 23.18. Barrio Villa Julia

Telefono: 314 8891949

AFILIACION EPS: SANITAS.

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Luis Fernando Garcia Cruz.

Dirección: cll 37c. Nº. 23-18.

Telefono: 314 - 88 91 949.

Contacto de Emergencia y telefono: Daniel Fernando Garcia Diaz (Hermano) 313-4866146.

AUTORIZACIONES

Autorizo a mi hijo (a) a participar de todas las actividades que se desarrollen dentro de la institución

SI: X NO: ____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta, para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: ____

FIRMA: Luis Fdo Garcia C

NOMBRE ACUDIENTE: Luis Fernando Garcia Cruz.

C.C. 17 313 248 V/cio

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atencion Integral

Respetados Señores:

Yo Luis Fernando Obeid Cruz, identificada con cedula de ciudadanía No. 17313 248 de Meta, actuando como representante legal de mi hijo Ana Maria Obeid Diaz identificado con cedula de ciudadanía No. 1'192 818 885 Y con diagnostico medico Sindrome Down, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta. CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Luis Fdo Garcia C.

C.C # 17 313 248 Meta

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ANA	MARIA	GARCIA	DIAZ

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1192818865

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
Grupo de inversión en sector servicios	2025	6	28

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901597508

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI		NO	X
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	50.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	31.25
Relaciones	30.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	31.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.1 b122.1 b125.1

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.188 s1108.188

3. Codigos Actividades y Participación

d310.2 d540.1 d879.2

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.192.818.885**
GARCIA DIAZ

APELLIDOS
ANA MARIA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **30-OCT-2000**
VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO
30-OCT-2018 **O+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
14-FEB-2013 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-5300100-00582213-F-1192818885-20131026 0035861430A-1 5722239115

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **17.313.248**

GARCIA CRUZ
APELLIDOS

LUIS FERNANDO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-ENE-1955**

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

04-AGO-1977 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JOAQUIN CARLOS GALVIS VACHA

A-5200100-69158851-M-0017313248-20080102 **01840**07365A 02 231268796

Sisbén

Fecha de consulta:	27/11/2025
Ficha:	500010921460400017586

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANA MARIA

Apellidos: GARCIA DIAZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1192818885

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	12/04/2023
Última actualización ciudadano:	12/04/2023
Última actualización vía registros administrativos:	

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	YOLANDA COY HERNANDEZ
Dirección:	Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2
Teléfono:	3208559257
Correo Electrónico:	sisben@villavicencio.gov.co

emsa

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE 174362473
CITE ESTE NUMERO PARA CONSULTA O PAGO

FECHA Y HORA DE GENERACION	FECHA Y HORA DE VALIDACION	CUDE

Suscriptor: DANIEL FERNANDO GARCIA DIAZ
Dirección: CL 37C 23 18 BRR VILLA JULIA
Ciudad: Villavicencio

bi Biocagricola

CÓDIGO USUARIO BIO: 999999229131

DOCUMENTO No: 041781637

DETALLE DE CONSUMO

JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV
106	79	0	0	0	0

LINEA DE ATENCION ... LINEA DIRECTA 110

DATOS DE FACTURACION

Mes de facturación: OCTUBRE
Uso: RESIDENCIAL
Und. residencial: 1
Und. no residencial: 0
Est/Cat: 2
Fr. recolección: 3
Fr. barrido: 2
Volumen M3: 0
Subsidio (%): -28
Contribución (%): 0
Tasa de interes: 0.10
Pact. vencidas: 0

HISTORICO FACTURACION

MES 1 | MES 2 | MES 3 | MES 4 | MES 5 | MES 6

Tarifas	Actual	Anterior
TRB	0.003212	0
TRLU	0.001633	0
TRBA	0.000195	0
TRA	0.037029	0
TRNA	0.038377	0
TAFA	0	0
TAFNA	0	0

Consumo Promedio (M3): 0 Meses: 12 — Ultima Fecha: 24/NOV/2025 15:07:26
Documento No.: 202511174362473 — Periodo: 12-NOV-2025 13:01
Factura relacionada: 0 — Ruta: 13-10011-1858

MARCA CONTADOR (ES)	NUMERO (S)	FACTOR
018	20111018	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICION 12-NOV-2025 13:01

ESTRATO	2	ZONA	Urbano	CICLO	23
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Gran Ciudad	ESTADO DEL PREDIO	SALDADA

Cod. Circuito	VIL211	(ND) Horas Consumo Medio	0
COD. Transformador	VIT215	(IVO) Voltaje Contratado	0
(Cmp) Calidad	10	(CSC) Consumo subsidio a compensar	0
(DFU) Distancia en horas del Usuario	2.548	(Pct) Porcentaje de descuento de Cargo	20
(PAU) Numero Usuario Transformador	11	(DC) Cargo de Distribucion	199.35
(DCSC) Mes para Facturación	21.94	(TSOC) Mes para Facturación	20

V/r a Compensar $ 0

DATOS DE CONSUMO

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al comercializador	CS	323.2	Pérdidas reconocidas	PR $	80.23
Transporte en el sistema de transmisión nacional	TS	52.97	Otros costos asociados al suministro de energía	OS	20.03
Transporte en el sistema de distribución local	DS	276.2	Costo de comercialización	CS	181.67
Total Cuv Calculado(Creg 119-07)(monomio) Nivel (1)			CU=G+T+D+Cv+PR+R		924.1
					924.1

DATOS DE FINANCIACION

VALOR FINANCIACION		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACION		CUOTAS PENDIENTES	
		No. DE CUOTAS	

VALOR RECLAMACION

SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACION	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

COSTOS SERVICIO

Costo Fijo Total: 27,547
Costo Variable no aprov: 197005.27
Aprovechamientos: 0
Valor base aprovechamiento: 173633.8833

FACTURACION DEL SERVICIO

Cargo Fijo: $27,547
Cargo Variable: $994
Subsidio/Contribucion: $-7,991
Devoluciones(-): $0
Ajuste aprovechamiento: $0

OTROS SERVICIOS

Productos: $0 IVA: $0
Servicios: $0 IVA: $0

TOTAL OTROS SERV: $0

TOTAL ASEO: $20,550

FACTURACIONES

Base IVA	IVA financiación	Cuotas pend.	Saldo deuda	Valor cuota mes
$0	$0	0	$0	$0

Valores en reclamación: $0

TOTAL FACTURADO: $20,550

Andrea Lagos Herrera

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de:	Suspensión desde:	TOTAL A PAGAR:
24-NOV-2025	25-NOV-2025	$20,550

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $0

Interés Moratorio Residencial	0.49%
Interes Moratorio No Residencial	1.58%

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

Código del cliente 174362473
Número de documento 202511174362473
$0
Valor a pagar

Código del cliente 999999229131
Número de documento 041781637
$20,550
Valor a pagar

4157709998002449802001743624733900000000000000

4157709998013612802000417816373900000000205509620251130

GRAN CONTRIBUYENTE RESOLUCION 012935 de DIC 14/2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR DE IVA
OPERADOR DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS VIGILADO SSPD

La presente factura presta mérito ejecutivo de conformidad con el Art 148 de 1999 y será exigible ante un juez de la República. Ley 142 de 1994 Art. 130 Inciso Segundo

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO
ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre:
Paula. Andrea. Garcia.

Fecha de Nacimiento
16 02 2005

Edad
20

Documento de identidad: 1123801771

Diagnostico: Sindrome De Down

Direccion: Cll 25 #19-53

Telefono: 3212713596.

AFILIACION EPS:

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Delfina Quiroga Cely

Direccion: cll 25 # 19 - 52. Manzana

Telefono:

Contacto de Emergencia y telefono
3205747615.

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: Delfina. Quiroga Cely

NOMBRE ACUDIENTE: Delfina Quiroga Cely

C.C. 40380638.

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Delfina. Quiroga reis, identificada con cedula de ciudadania No. 40380638 actuando como representante legal de mi hijo Paula Andrea Garcia, identificado con cedula de ciudadanía No. 1123801771 Y con diagnostico medico _____, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta. CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Delfina. Quiroga reis

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1 123 801 771

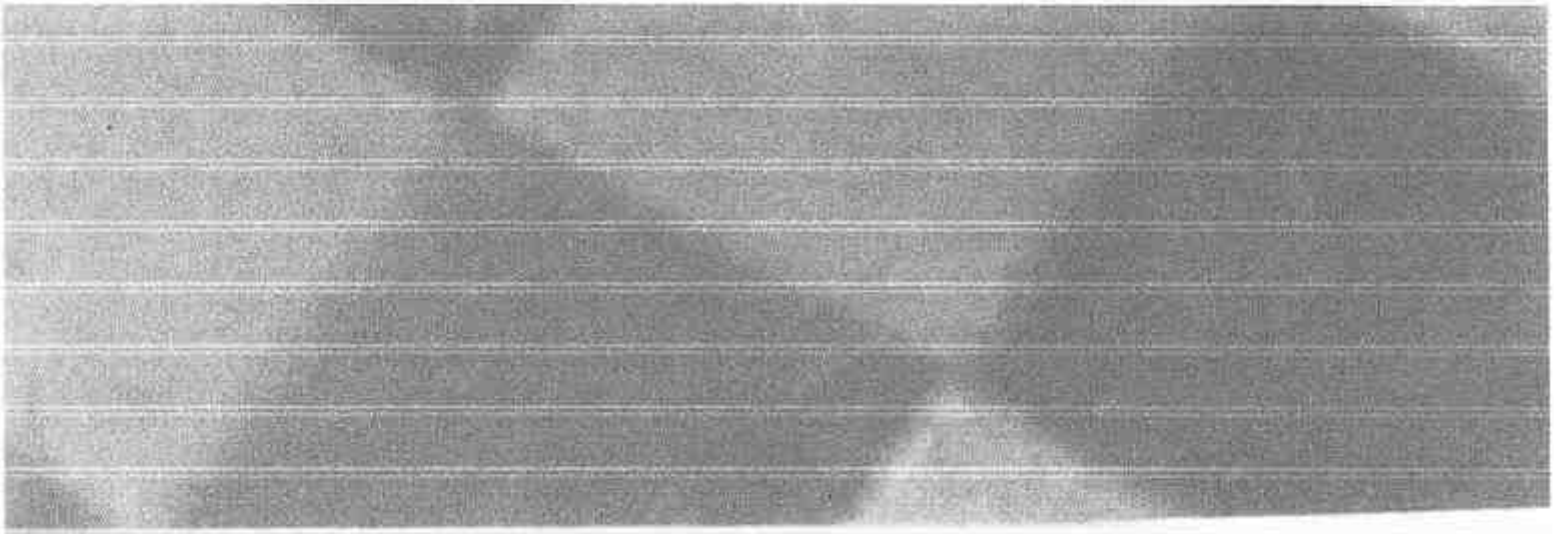


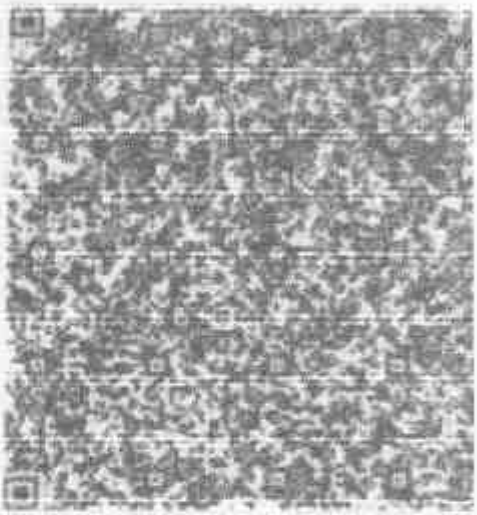
GARCIA QUIROGA

PAULA ANDREA

VILLAVICENCIO META

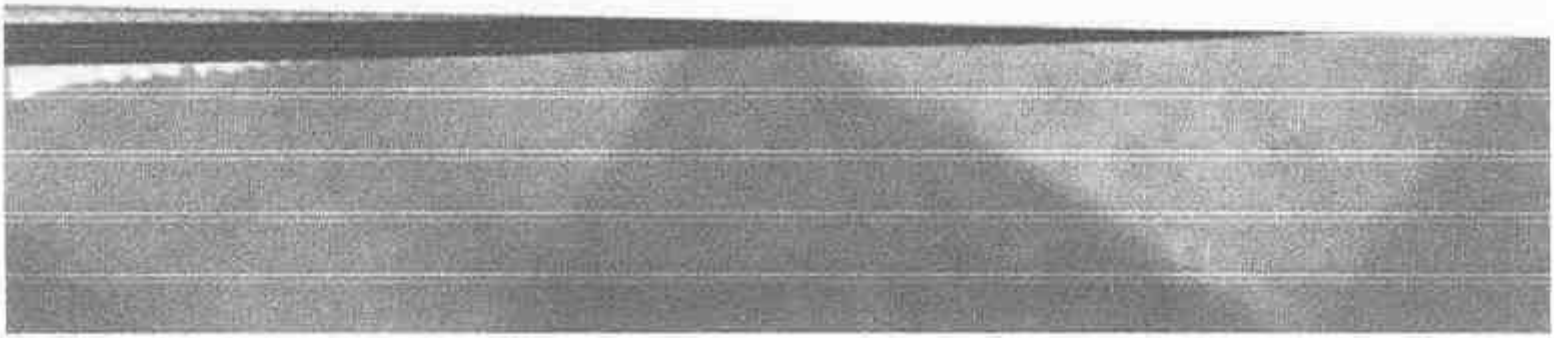
Pau 14





REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

OL0184592650520O1<<<<<<<<<<<
2168F3304260COL1123801771<
CIA<QUIROGA<<PAULA<ANDREA<



REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.380.638**

QUIROGA CELIS

APELLIDOS

DELFINA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-OCT-1964

ACACIAS
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

12-AGO-1985 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

NUIP [illegible]

A 5200100 00437111 F 0040380638 20130527

0033165943A 1 0720206185

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
PAULA	ANDREA	GARCIA	QUIROGA

1.5 Departamento de Residencia
META

1.6 Municipio de Residencia
ACACIAS

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cedula de ciudadania	X	Cedula de extranjeria	Pasaporte	Carnet diplomatico	Permiso especial de permanencia

Numero de documento de identidad 1122801771

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Dia
2024	8	16

2.3 Tipo de Entidad Valoradora
NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
892000264

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognicion	58.33
Movilidad	10.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	37.50
Participacion	43.75

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b1409.2 b1649.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s1109.188

3. Codigos Actividades y Participación

d175.3 d310.2 d879.3

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO
ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD



DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Angel David Garcia Roa

Fecha de Nacimiento: 10.06.2008

Edad: 17.

Documento de identidad: TI 1122925764.

Diagnostico : Sindrome Down.

Direccion: Calle 53 sur # 44-22 Porfia

Telefono: 3213755427

AFILIACION EPS: Ejercito-Dispensario

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Iris Roa Perez

Direccion: Calle 53 sur # 44-22 Porfia

Telefono: 3213755427

Contacto de Emergencia y telefono
3142553776.

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: Iris Roa Perez

NOMBRE ACUDIENTE: Iris Roa Perez

C.C. 40383740 Yac

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Ines Yuvely Ruiz Paez, identificada con cedula de ciudadanía No. 40 385 374 de Villa., actuando como representante legal de mi hijo Angel David Castro Ruiz, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.122.925.764 Y con diagnostico medico _____, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Ines Ruiz Paez

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JOHAN	ALEXANDER	RODRIGUEZ	BARRERA

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
			X					

Número de documento de identidad: 1122530086

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
PROTEGER IPS PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.	2025	4	2

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	900434629

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	66.67
Movilidad	25.00
Cuidado Personal	68.75
Relaciones	40.00
Actividades de la Vida Diaria	63.89
Participación	67.86

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b1400.3 b163.2 b1671.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.243 s398.243

3. Codigos Actividades y Participación

d310.3 d598.3 d910.2

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
FELISA PEREZ CALDERON	Medicina	CC-1047422687
YEIMI NATHALIA HERNANDEZ MARENTES	Psicología	CC-1121962599
OSCAR FRANCISCO FORERO GOMEZ	Optometria	CC-79167563

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.122.925.764
GARCIA ROZO
APELLIDOS
ANGEL DAVID
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-JUN-2008
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
10-JUN-2026 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO 0.5 RH SEXO
30-JUL-2015 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.383.740**
ROZO PEREZ
APELLIDOS
IRIS VIANEY
NOMBRES

Iris Vianey Rozo Perez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-AGO-1967**
TAME
(ARAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA **A+** G.S. RH **F** SEXO
28-OCT-1985 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500100-00125551-F-0038302740-20061109 0005301308A 1 0760002452

Celular 3213755427.
Irisvianeyrozoperez@gmail.com.

Sisbén

Fecha de consulta: 12/06/2025

Ficha: 50001039746100005865

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANGEL DAVID

Apellidos: GARCIA ROZO

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1122925764

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/10/2019

Última actualización ciudadano: 28/03/2025

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: YOLANDA COY HERNAND

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Pis

Teléfono: 32085592

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov

17960

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

126212024

SOCIEDAD EMPRESARIAL DEL META S.A.
.....Nit. 900.159.687-5.....
ELECTRIFICADORA DEL META EMSA
.....Nit. 892.002.210.....
Fecha Recaudo: 2025-11-05 13:34:02
Punto: PORFIA 6
Recaudador: 30080356
Codigo Emsa: 126212024
Valor Emsa: $43,650
##########
Pin: fe7c6ce3
##########
Total Recaudado: $43,650

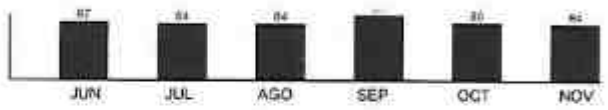
.....

...ogio en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar ...ara. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual ...le de servicio el cliente a través de atención dispuestos por la ... dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del ...in ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En ...mediato la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en ...

VALIDACIÓN | 2025-11-03 11:10 | CUDE | 440f0527eba9225481 4ae8ce0f3ccbd8e9867ccde221d66966b86c1c194ccdafa6ec2fb1e9bf0aacc8cb67a6c7

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0



(5) A-S Lectura Anterior 15822
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 15906
Anomalia 0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidacion del consumo de energia
501.19 (Valor kWh con SUBS) x 81 (Consumo en kWh) $42,100

VALOR NETO $77,924
Porcentaje de SUBSIDIO (46%) $-35,824
Valor porcentaje de SUBSIDIO $42,100
SUBTOTAL VALOR CONSUMO
OTROS CONCEPTOS
Impuesto AP $1,552

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 86
Documento No.: DES4824524
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $44520 06-10-25
Periodo Facturado: 01-10-2025/31-10-2025
Ruta: 1-100252801

SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS: $1,552
Ajuste A la Decena $-2

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
SCO	8294075	1

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS $-2
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $43,650

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 03-NOV-2025 12:11

ESTRATO	2	ZONA	Urbana	CICLO	1
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Indicadores de calidad

Cod. Circuito	VI0602	(HC) Horas Compensadas	0
CDC Transformador	VIT1270	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	97
(DIU) Duración en horas de interrupciones	0	(%t) Porcentaje de descuento del cargo	23
(FIU) Número total de interrupciones	0	(CD) Cargo de Distribución	199.93
(DIUC) Meta por duración	21.54	(FIUC) Meta por Frecuencia	22

V/r a Compensar $ 0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
12-NOV-2025	13-NOV-2025	$43,650

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

Costos unitarios de la prestación del servicio de EMSA ($ / kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	323.2	Pérdidas reconocidas	PR $	60.23
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	52.97	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	30.83
Transporte en el sistema de distribución local	D $	275.2	Costo de comercialización	C $	161.67
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (moneda) Nivel ( ) CU=G+T+D+C+PR+R					924.1
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,58%

Subsidios Fijos

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

Fecha de vencimiento
- NOV-202-

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012615 de DIC.14-2018 DIAN / AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0047 ENE. VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

La presente factura prestá mérito ejecutivo (Art.130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se asimila a una letra de cambio Electrificadora del Meta SA Nit 892.002.210-6, SIVOE-EMSA

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO
ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO	
Nombre: Deisy Yilady Gómez Rodriguez	
Fecha de Nacimiento: 13 Enero 2000	Edad
Documento de identidad: CC. 1006820118	
Diagnostico : Síndrome Down	
Direccion: Calle 24 # 18-117 Antonio Pinilla	
Telefono: 3214630010	
AFILIACION EPS: Cajacopi subsidiada	

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE
Nombre: Doris Del Carmen Rodriguez
Dirección: Calle 24 # 18-117 Pinilla
Telefono: 3214630010
Contacto de Emergencia y telefono: 3214630010

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corocreacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: _____

NOMBRE ACUDIENTE: Doris Del Rodriguez

C.C. 40.371.585 V/cio

Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel: 310 401 25 49 – 304 535 46 37 – 315 253 78 53
Corporayudandoavivir4@gmail.com

Villavicencio, 13 de noviembre de 2025

Señores

SECRETARIA SOCIAL

GOBERNACIÓN DEL META

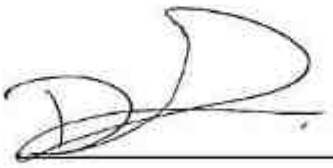
Villavicencio

Respetados señores:

Yo, Doris Del Carmen Rodriguez, identificada con cedula de ciudadania No. 40371585 de la ciudad de Villavicencio, me permito presentar a mi hija Deisy Milady Gómez Rodriguez, identificada con cedula de ciudadania No. 1006820118 de la ciudad de Villavicencio, persona con discapacidad, diagnosticada con Sindrome Down.

Agradezco a la gobernación del Meta incluirla en los programas que realicen para la población con discapacidad.

Cordialmente,



C.C. 40.371.585 Vicio

Celular 3214630010

Dirección Calle 24 # 18-117 Piniila alto

Correo dorisoq64rod@gmail.com

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
DEISY	MILADY	GOMEZ	RODRIGUEZ

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1006820118

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
MEDICOOP IPS LTDA	2023	10	28

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	900108793

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	75.00
Movilidad	60.00
Cuidado Personal	56.25
Relaciones	60.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	59.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b199.3 b3100.3 b770.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.278 s798.288

3. Codigos Actividades y Participación

d161.3 d4600.2 d598.3

FECHA INGRESO:	22-10-2025 - 07:50	FECHA EGRESO:	22-10-2025 - 07:53
PACIENTE:	GOMAEZ RODRIGUEZ DEISY MILADY	IDENTIFICACION:	CC 1,006,820,118
EDAD: 25 Años	SEXO: Fem. NACIM: 13-01-2000	CIUDAD:	VILLAVICENCIO
ACOMPAÑANTE:	PACIENTE PACIENTE PACIENTE PACIENTE	FOLIO: 11 - 000006	TELEFONO: 3214630010
ENTIDAD:	CAJACOPI EPS S.A.S	GRP SANG :	RH:
DIRECCIÓN:	ANTONIO PINILLA	BARRIO:	
PERT. ETNICA:	NO APLICA ESTADO CIVIL: SOLTERO	OCUPACIÓN:	PERSONAS QUE NO HAN DECLARA

CONSULTA EXTERNA

PROCEDENCIA:
VILLAVICENCIO

MOTIVO DE CONSULTA:
control

ENFERMEDAD ACTUAL:
paciente con sindrome de down, en tratamiento con risperidona tabletas 1 mg cada doce horas, buen comportamiento, sueño y orexia cosnervado.
ecamen mental
alerta, afecto aparentamodulado, tendencia al mutismo coeficiente por debajo al promedio, juicio insuficiente, sin consciencia de enfermedad y situacion, prsoepccion pobre.
idx
retraso mental moderado
sindrome down
plan igual manejo
control en 6 meses

ALERGICOS:
NO REFIERE

AGUDEZA VISUAL: NO APLICA
DISCAPACIDAD: NO

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

Orientacion sexual:
Presenta discapacidad:
Condicion de vulnerabilidad:
Tipo de evento:
Recaidas (lesión auto inflingida):
Riesgo psicosocial:
Acciones realizadas (según riesgo psicosocial encontrado):
Medicina general:
Psicologia:
Psicoterapia individual programada: 00
Psicoterapia individual ejecutadas: 00
Psicoterapia familiar programada: 00
Psicoterapia familiar ejecutadas: 00
Fecha de remisión a psiquiatria: 00000000
Fecha/notificación obligatoria para casos que aplique: 00000000
Se forma a familiar como cuidador:
Realización de tamizajes:
Manejo/resultado tamizajes:
Servicio captación temprana de la población:
En consumo de spa canaliza a grupos de ayuda cual:
Se canaliza al usuario a dispositivos comunitarios:
Acciones de seguimiento:
Adherencia a tratamiento médico y/o farmacológico:
Seguimiento a la contrarefencia:
Fecha cierre de caso: 00000000
Evaluación según guia mhGAP:
Pronóstico terapeutico:
Observaciones:

DIAGNOSTICO: F711 - RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUI

1.006.820.118

GOMEZ RODRIGUEZ

DEISY MILADY



FECHA DE NACIMIENTO 13-ENE-2000

VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.45
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

10-ABR-2019 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
[illegible]



V-1006820118-20100712 0061[illegible]4 2019[illegible]

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.371.585
RODRIGUEZ

APELLIDOS
DORIS DEL CARMEN

NOMBRES



Doris del C. Rodriguez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-MAR-1962
EBEJICO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

15-AGO-1982 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-5200100-00162434-F-0040371585-20090711 0013356553A 2 6720000854

Sisbén

Registro Válido

Fecha de consulta: 20/05/2025

Ficha: 50001568114830000003

A3

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DEISY MILADY

Apellidos: GOMEZ RODRIGUEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1006820118

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/03/2021

Última actualización ciudadano: 03/04/2025

Última actualización vía registros administrativos:

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



Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

11221

emsa

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

278932993

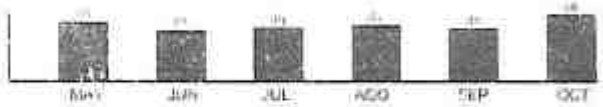
"El no pago de su factura de energía en las fechas establecidas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Cuando esta decisión proceda el mismo se reanudará, si con anterioridad interponen en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Empresa dentro del Mes 24 ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de presentar la primera inoportuna la suspensión del servicio por mora podrá proceder sin perjuicio alguno."

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	CUDE

Suscriptor:
Dirección: JOSE ELIECER RIVERA CASTRO
CL 24 18 117 E MZ 23 CS 20 BRR MARCO ANTONIO PINILLA
Ciudad:
Valledupar-Cesar

7614

DETALLE DE CONSUMO



(1) A.S. Lectura Anterior 30090 Lectura Actual 30149
Tipo de Lectura Con Lectura Abonalia 0

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACION		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACION		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACION			
SALDO A FAVOR		SALDO EN RECLAMACION	

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

COTREM
21 OCT 2025

SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS

MARCA CONTADOR (ES)	NUMERO (S)	FACTOR
1 DE	10849270	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN

ESTRATO		ZONA	08-OCT-2025 03:10	CICLO	
CLASE		CODIGO CIIU		ESTADO DEL PREDIO	

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra de kWh al comercializador	CC		Pérdidas reconocidas	PR	
Transporte en el sistema de transmisión nacional	TS	313.36	Otros costos asociados al mercado de energía	OS	58.82
Transporte en el sistema de distribución local	DS	34.60	Otros costos restricciones	CS	36.41
Total Cuv Calculado(Cmg 110.07/Ajustado) (Ind ( )			CU=C+T+D+Cv+R+S		177.59
Factor Inversión residencial		0,48%	Factor inversión no residencial		107.58 1,55%

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Descuento

20-OCT-2025	21-OCT-2025	$22,890

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ

DEPARTAMENTO DEL META	CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD	

20

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO		
Nombre: Yicmara Paulina Gualteros		
Fecha de Nacimiento 03-05-2004	**Edad**	
Documento de identidad: 1.122.918.755		
Diagnostico : Sindrome de Down		
Direccion: Mz 110 Cs 04 Vlb 13 de mayo		
Telefono: 314 389 7841		
AFILIACION EPS: Capital Salud / Sanitas		
DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE		
Nombre: Dairis Caceres Quintero		
Dirección: Mz 110 Cs 04 vlb 13 de mayo		
Telefono: 314 389 7841		
Contacto de Emergencia y telefono		

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: DAIRIS CACERES

NOMBRE ACUDIENTE: D

C.C. 1102173 00

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo DAIRIS CACERES, identificada con cedula de ciudadania No. 40217300 actuando como representante legal de mi hijo Xiomo Paulina Gutierrez Caceres, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.122.918.755 Y con diagnostico medico Sindrome de Down, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

DAIRIS CACERES

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.217.300**
CACERES QUINTERO
APELLIDOS
DAIRIS
NOMBRES

DAIRIS CACERES Q
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-DIC-1981**
SAN PABLO
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-SEP-2000 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-5203100-00758417-F-0040217300-20151105 0047101504 2 6733601291

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL

NUIP 1.122.918.755

GUALTERO CACERES

NOMBRES

MOISARA PAULINA

NO FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-2004

VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.46 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

03-MAY-2022 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION





Sisbén

Fecha de consulta: 31/08/2025

Ficha: 500010941455700005438

Pobreza moderada

Nombres: XIOMARA PAULINA

Apellidos: GUALTERO CACERES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1122918755

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/12/2021

Última actualización ciudadano: [illegible]

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBÉN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

20851

CÓDIGO DEL CLIENTE

USE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

371374017

"El no pago de su factura de energía en las fechas indicadas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponerse en las oficinas de servicio al cliente y ante el centro de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de esa acción ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de ejecutar la presente advertencia la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento"

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-11-06 11:25 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-11-06 11:25 | CUDE

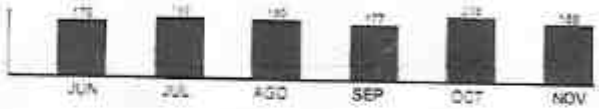
Suscriptor: DAIRIS CACERES QUINTERO

Dirección: MZ 110 CS 04 URB 13 DE MAYO

Ciudad: Villavicencio

14079

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 18097
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 18285
Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 182
Documento No. DES4965611

Ultimo Pago: 556440 17-09-25
Periodo Facturado: [illegible]

Información Medidor

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	15055727	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 03-NOV-2025 01:11

ESTRATO	4	ZONA	Urbano	CICLO	32
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIU	Clientes VIP - Viviendas	ESTADO DEL PREDIO	PARA SUSPENSIÓN

Información de calidad

Cód. Circuito	[illegible]	(HC) Horas Consumidas	4
(CCT) Transformador	[illegible]	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	177
(DIU) Duración en horas de interrupciones	[illegible]	(%K) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	28	(DC) Cargo de Distribución	189.95
(DIUG) Meta por duración	[illegible]	(FIUG) Meta por Frecuencia	20

Vr a Compensar $ 0

Costo unitario de la prestación del servicio de EMCALI (kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	324.2	Pérdidas reconocidas	PR $	50.23
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	52.97	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	30.80
Transporte en el sistema de distribución local	D $	275.2	Costo de comercialización	C $	181.67
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (moneda) Nivel (1) CU=G+T+D+C+PR+R					824.1
Interés moratorio residencial		0.48%	Interés moratorio no residencial		1.53%

Subsidios

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$-1	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidacion del consumo de energia:
400.94 (Valor kWh con SUBS) x 173 (Consumo en kWh) $69.363
824.1 (Valor kWh x 15 (Consumo en kWh) $12.362

VALOR NETO	$173,731
Porcentaje de SUBSIDIO (S%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-69.363
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$63.224
OTROS CONCEPTOS	
Saldo Anterior	$97.810
Impuesto AP	$1.737
Interes Mora	$439
SUBTOTAL VALOR OTROS	$99.977
DESCUENTOS	
Ajuste A la Decena	$-1

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-1
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$173,200

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Fecha de vencimiento	Fecha de suspensión	Total a pagar
INMEDIATO	INMEDIATO	**$173,200**

Se informa a todos nuestros clientes que a partir de la fecha podran cancelar sus facturas VENCIDAS en cualquier punto de CONSUERTE Señor Usuario: Le informamos que en la presente facturación usted superó en su consumo la cantidad de Kilovatios subsidiados (173 kWh-mes), por lo cual se generó un cobro de 15 kWh-mes sin subsidio. (Res. Upme 0355 de 2004)

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO

05-10-2025/04-11-2025

Ruta: 9-906291810

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
371374017	**INMEDIATO**	**$173,200**

(415)7709998032449(8020)371374017(3900)000017320

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTES Res. 012025 de DIC. 14 2010 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR DE IVA
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
VIGILADO
Superintendencia de Servicios Públicos
12 Enero 25 2002
Electrificadora del Meta SA ESP
La presente factura prestará mérito ejecutivo (Art 130 Ley 142 de 1994) y con todos los efectos de cambio en tasa de cambio

DEPARTAMENTO DEL META	CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD	

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Santiago Guzman Barrios.

Fecha de Nacimiento: 01-octubre-2009 | Edad: 16

Documento de identidad: 1122521660

Diagnostico: Demc Cognitivo Grave - Paralisis cerebral -

Direccion: Cra 19c # 20D-45 urb Maccarena

Telefono: 3125043601

AFILIACION EPS: FamiSanar.

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Monica Barios Guyano

Dirección: Cra 19c # 20D-45 urb Maccarena

Telefono: 3125043601

Contacto de Emergencia y telefono: 313 444 5811 Jose Guzman Barios.

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: Monica Barios

NOMBRE ACUDIENTE: Monica Barios

C.C. 40325086

Villavicencio, 12 - Noviembre - 2025

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Monica Barios Quijano, identificada con cedula de ciudadanía No. 40325086 de villavicencio actuando como representante legal de mi hijo Santiago Guzman, identificado con cedula de ciudadania No. TI 1122521660 Y con diagnostico medico OTEC Cognitivo Grave, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Monica Barios
40325086.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.122.521.660**

GUZMAN BARRIOS

APELLIDOS

SANTIAGO

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 01-OCT-2009

VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

01-OCT-2027 B- M

FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

03-NOV-2016 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



P:[illegible] M:1122521660 2016[illegible] 00524[illegible] 67341/7899

Activar Win

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **40.325.086**
BARRIOS QUIJANO

APELLIDOS
MONICA JHASLYT

NOMBRES

Monica Barrios.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-ABR-1982
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **B-** G.S. RH | **F** SEXO

19-ABR-2001 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

F-5200100-01152542-F-0040325086-20200813 0071462106A 1 9912760253

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 11/11/2025

Ficha: 5000106555310000516

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SANTIAGO

Apellidos: GUZMAN BARRIOS

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1122521660

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/10/2019

Última actualización ciudadano: 25/07/2024

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
SANTIAGO		GUZMAN	BARRIOS

1.5 Departamento de Residencia
META

1.6 Municipio de Residencia
VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	X	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1122521660

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
BELISARIOS VELASQUEZ & ASOCIADOS SAS

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2023	12	18

2.3 Tipo de Entidad Valoradora
NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
830504600

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	100.00
Movilidad	100.00
Cuidado Personal	100.00
Relaciones	100.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	100.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales
b1649.4 b6202.4 b770.4
2. Codigos Estructuras Corporales
s1109.370
3. Codigos Actividades y Participación
d155.4 d4602.4 d598.4

Powered by CamScanner

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
YERALDIN BARBOSA MORENO	Psicología	CC-1030586088
AMERICA MAJELLA MOJICA ZUÑIGA	Terapia ocupacional	CC-60391490
JORGE ISAAC AGUILAR SANCHEZ	Medicina	CC-88136180

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

Powered by CamScanner

FECHA INGRESO:	05-11-2025 - 14:36	FECHA EGRESO:	05-11-2025 - 14:38
PACIENTE:	GUZMAN BARRIOS SANTIAGO	IDENTIFICACIÓN:	TI 1,122,521,660
EDAD: 16 Años	SEXO: Masc NACIM: 01-10-2009	CIUDAD:	VILLAVICENCIO
ACOMPAÑANTE:		FOLIO: 20 - 000003	TELEFONO: 3125043601
ENTIDAD:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS	GRP SANG :	RH:
DIRECCIÓN:	LA MACARENA	BARRIO:	MACARENA
PERT. ETNICA:	NO APLICA ESTADO CIVIL: SOLTERO	OCUPACIÓN:	NO APLICA

CONSULTA EXTERNA

PROCEDENCIA:
VILLAVICENCIO

MOTIVO DE CONSULTA:
NEUROLOGIA

ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE QUIEN ASISTE A CONTROL POR QUE ESTABA EN CONTROLES DE NEUROPEDIATRIA POR EPILEPSIA ESTRUCTURAL PARALISIS CEREBRAL
ESPASTICA FUNCOINAL DEFICIT COGNITIO GRAVE MICROCEFALIA HDIROCEFLAIA DEREIVADA MEDICADO CON ACIDO VALPROICO 6 CC CADA 12
HORAS Y OXCARBACEPINA 6 CC CADA 8 HORAS LIBRE DE CRISIS HACE 5 AÑOS SE HABIAN SOLCITADO PARACLINICOS PERO NO FUERON REALIZADOS POR QUE REFEIRE FAMILAIR SE COAGIULA LA MUESTRA
CONCIENTE ALERTA DESORIENTADO EN PERSONA TIEMPO ESPACIO LENGUAJE INCOHERENTE FUNCIONES MENTALES SUPERIORES COMPROMISO
COGNITIVO SEVERO MOVIMIENTOS AUTOMATIZADOS PARES CRANEANOS NORMALES I- XII FUERZA 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES REFLEJOS + +/ + + + +
SENSIBILIDAD CONSERVADA MARCHA NORMAL COORDINACION NORMAL NOSIGNOS MENINGEOS NI OTROS REFLEJOS PATOLOGICOS

ALERGICOS:
NIEGA

SIGNOS VITALES

T.Arter	T.Med	Fr.Card	Fr.Resp	Tempe	So2	Pvc	Peso	Talla	IMC	Sp.Corp	Per.Tor	Per.Abdo	Per.Mun	Glasgow
120/080	093	056 lmp	016 rpm	35.00°	000%	00	56.0 Kl	075 cm	99.56	.71 m2				3/15

AGUDEZA VISUAL: NO APLICA
DISCAPACIDAD: NO

DIAGNOSTICO: G403 - EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS GENERALIZADOS

ANALISIS:
PACIENTE CON DISCAPACIDAD COGNTIIVA SEVERA , EPILEPSIA CONTRLADA CON
ACIDO VALPROICO 6 CC CADA 12 HORAS
OXCARBACEPINA 6 CC CADA 8 HORAS
SOLICITO GOT GPT HEMOGRAMA TSH T4 LIBRE NIEVELES DE AC VALPROICO
CONTROL REPORTES

TIPO DE DIAGNOSTICO: 3-CONFIRMADO REPETIDO

PLAN:
ACIDO VALPROICO 6 CC CADA 12 HORAS
OXCARBACEPINA 6 CC CADA 8 HORAS
SOLICITO GOT GPT HEMOGRAMA TSH T4 LIBRE NIEVELES DE AC VALPROICO
CONTROL REPORTES

CAUSA: ENFERMEDAD GENERAL
FINALIDAD: NO APLICA
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO
SINTOMATICO PIEL: NO
VICTIMA DE MALTRATO: NO
VICTIMA VIOLENCIA: NO

emsa

10318

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

153080713

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-11-05 15:29 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-11-05 15:44 | CUFE |

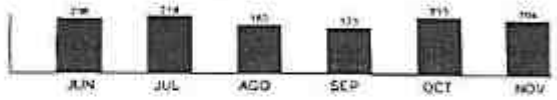
Suscriptor: RAFAEL ENRIQUE BARRIOS G Y OTRA

Dirección: CR 19C 200 45 BRR LA MACARENA

Ciudad: Villavicencio

6341

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 17823 — Lectura Actual 18027

Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalia 0

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR		SALDO EN RECLAMACIÓN	

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía

285.46 (Valor kWh sin SUBS) x 173 (Consumo en kWh) — $135.990

924.1 (Valor kWh) x 31 (Consumo en kWh) — $28.647

VALOR NETO — $164.636

Porcentaje de SUBSIDIO (15%) — $106.516

Valor porcentaje de SUBSIDIO — $-23.980

SUBTOTAL VALOR CONSUMO — $164.537

OTROS CONCEPTOS — $0.655

Impuesto AP

SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS — $0.655

Ajuste A la Decena — $-2

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS — $-2

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA — $170.190

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 204

Documento No: DES-1029619

Facturas Atrasadas: 0

Ultimo Pago: $175560 18-10-25

Periodo Facturado: 04-10-2025/03-11-2025

Ruta: 8-603750935

INFORMACIÓN DEL CONTADOR

MARCA CONTADOR (ES)	NUMERO (S)	FACTOR
HDL	17050084	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN: 05-NOV-2025 05:11

ESTRATO	3	ZONA	Urbano	CICLO	2
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVO

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	VIV209	(HC) Horas Consumidas	0
(CDI) Transformador	VIT28	(HC) Horas a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CSC) Consumo estimado o compensado	173
(DAU) Duración en horas de interrupciones	0.73	(%a) Porcentaje de descuentos del cargo	20
(FAU) Numero total de interrupciones	1	(CU) Cargo de Distribución	139.93
(DAU) Horas por duración	21.54	(FAU) Horas por Frecuencia	20

Vlr a Compensar $ 0

Costo unitario de la prestación del servicio de ENERGÍA kWh

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	323.7	Pérdidas reconocidas	PR $	69.23
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	42.07	Otros cargos asociados al suministro de energía	O $	50.81
Transporte en el sistema de distribución local	D $	275.2	Costo de comercialización	C $	181.67
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel [1]					924.1
Interés moratorio residencial		0.68%	Interés moratorio no residencial		1.35%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Fecha Suspensión	Fecha Corte	Total a Pagar
14-NOV-2025	15-NOV-2025	$170,190

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21 Señor Usuario: Le informamos que en la presente facturación usted superó en su consumo la cantidad de Kilovatios subsidiados (173 kWh-mes), por lo cual se generó un cobro de 31 kWh-mes sin subsidio (Res. Upme 0355 de 2004)

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
04-10-2025/03-11-2025	Ruta: 8-603750935	153080713	14-NOV-2025	$170,190

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No 0120 de 06-10-2010 DIAN. AGENTE AUTORETENEDOR RES 10 de 1997 Enero 25-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art 130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se asimila a una letra de cambio. Fiscalizada por la DIAN. Res. 930023 2013-6. SVCD-EMSA

Powered by CamScanner

DEPARTAMENTO DEL META	**CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD**	

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO		
Nombre: Ruebel David Luna Monsalve		
Fecha de Nacimiento 13-NOV-2008	Edad 18 años	
Documento de identidad: 1.121.870.793		
Diagnostico : Sindrome de Down		
Direccion: Cll 39 ESTE 24-22		
Telefono: 312 400 5732		
AFILIACION EPS:		
DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE		
Nombre: Yuly Paola Monsalve Marin		
Dirección: Cll 39 ESTE 24-22		
Telefono: 312400 5732		
Contacto de Emergencia y telefono		
AUTORIZACIONES		
Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución SI: X NO: _____		
Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a) SI: X NO: _____		

FIRMA: Yuli Monsalve

NOMBRE ACUDIENTE: Yuly Paola Monsalve

C.C. 1.121.830.520

Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 310 401 25 49 – 304 535 46 37 – 313 293 78 53
Corpoayudandoavivir4@gamil.com

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Yuly Paola Monsalve Marin, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.121.830.520 actuando como representante legal de mi hijo Rosbel David Luna, identificado con cedula de ciudadania No. 1121 870 793 Y con diagnostico medico Sindrome de Down, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Yuli Monsalve

Sisbén

Fecha de consulta: **29/12/2025**

Ficha: **S0001007744900000969**

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: RUSBEL DAVID

Apellidos: LUNA MONSALVE

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1121870793

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **29/07/2019**

Última actualización ciudadano: **02/02/2023**

Ultima actualizacion via registros administrativos: **25/11/2023**

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

Contacto Oficina SISBEN

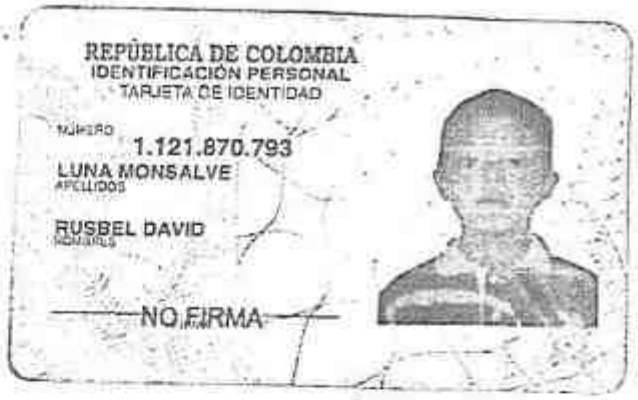
Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208593257

Correo Electronico: sisben@villavicencio.gov.co

272



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO
1.121.870.793

LUNA MONSALVE
APELLIDOS

RUSBEL DAVID
NOMBRES

NO FIRMA

16 años



12-NOV-2008
VILLAVICENCIO
(META)
12-NOV-2026
O+
M
05-JUL-2018 VILLAVICENCIO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
[illegible]	DAVID	LUNA	MONSALVE

[illegible]rtamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

[illegible]do de [illegible] Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	X	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

[illegible] de documento de identidad: 1121870793

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

[illegible]S donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
[illegible]ARIOS VELASQUEZ & ASOCIADOS SAS	2023	12	21

[illegible]o de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
	830504600

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

[illegible]a	SI		NO	X
[illegible]l	SI		NO	X
[illegible]ive	SI		NO	X
[illegible]ctual	SI	X	NO	
[illegible]social (Mental)	SI		NO	X
[illegible]ceguera	SI		NO	X
[illegible]le	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	66.67
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	60.71

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

[illegible]os Funciones Corporales

[illegible]b147.2 b5251.3

[illegible]os Estructuras Corporales

[illegible]

[illegible]os Actividades y Participación

[illegible]d598.2 d910.2

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de la
KAROL YINETH DE ALBA TORRES	Psicología	CC-1121903788
CARMEN ELENA MALAVER MARTINEZ	Fisioterapia	CC-52349218
JOSE ALFREDO ORTEGA VEGA	Medicina	CC-84038431

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales del Sistema General de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

2020-12-21 05:04:36 PM



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.121.830.520
MONSALVE MARIN
APELLIDOS
YULY PAOLA
NOMBRES
Yuli Monsalve
FIRMA

3124005732
3112773096
3144118009 Up



FECHA DE NACIMIENTO 12-NOV-1986
EL CASTILLO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
19-ABR-2005 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio EAAV - E.S.P.

NIT 822001355 - 1

CÉDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDAS	FECHA DE IMPRESIÓN
500010011700001045O010	0	09-06-2025

CÓDIGO USUARIO	095876
FACTURA No.	33595111
PERÍODO FACTURADO	26-04-2025 - 24-05-2025

DATOS DEL SUSCRIPTOR

[illegible]HERNANDEZ MARIA MYRIAN

[illegible] 22 MZ 1 CS 13

[illegible]

USO DE USO	ESTRATO	ESTADO	FECHA DE SUSPENSIÓN
[illegible]	1		25-06-2025

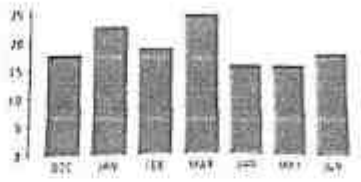
DATOS TECNICOS

CICLO	RUTA	DIÁMETRO	No. DE MEDIDOR	PRECINTO No.
[illegible]	[illegible] Orden 27	1/2	11150035S7	128016

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES
20

NOVEDAD LECTURA
NORMAL



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (M3)	ALCANTARILLADO
3437	3419	18	

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN	CANT.	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
[illegible]						
[illegible]		2553.4	25534	5234.26	0	2553.4
[illegible]	0-16	1920.14	46722.24	33536.69	0	13885.55
[illegible]	17-32	2569.14	5644.28	0	2	5640.28
[illegible]	33	2820.14	5640.28	0	2	0
[illegible]			60155.15	35670.83	0	24319.24
[illegible]						
[illegible]		2193.68	2193.68	4243.52	0	2193.68
[illegible]	0-16	2025.78	48402.48	32465.84	0	15936.64
[illegible]	17-32	2025.78	5811.56	0	0	2025.78
[illegible]	33	2025.78	0	0	0	5811.56
[illegible]			56729.52	34329.56	0	0
[illegible]			[illegible]	[illegible]	0	[illegible]

OTROS COBROS

CONCEPTO	VALOR
AJUSTE A LA DECENA	2.34
(-) Devolución a Suscriptores ACU 0237 VLR TOTAL ANTICIPOS APLICADOS 0	-1200.34 -1284.37
SUBTOTAL OTROS COBROS (3)	[illegible]
CARTERA EN INVESTIGACIÓN	7

INFORMACIÓN DE INTERÉS

[illegible]

Esta factura incluye los siguientes valores por tasa destinados a las autoridades ambientales: (Ley 99 de 1993)

Servicio	Tarifa por M3
Acueducto (Tasa por Uso)	$ 3.78
Alcantarillado (Tasa Retributiva)	$ 121.05

pague a tiempo

PAGUE HASTA

20-JUN-2025

TOTAL A PAGAR

$ 46.840,00

[illegible] Resolución ACU 19 Mes DANE 07-2023

FACTURA FACTURACIÓN ESTAMENTO EJECUTIVO DE ACUERDO CON EL ART. 130 DE LA LEY 142/94

Señor usuario: Si usted no ha cancelado la factura, a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ EL SERVICIO y generará cobro de reconexión.

Realiza tus trámites sin salir de casa

PQR's
Información general
Reporte de daños y solicitudes de asistencia técnica

Llámanos 681 8080

Puntos de pago

- Banco de Occidente
- Banco BBVA
- Puntos Redeban
- ÉXITO
- SURTIMAX
- ConSuerte
- Banco de Bogotá
- BALOTO
- Itaú
- Cajeras ATH
- COTREM
- Banco Popular
- EFECTY

eaav

CÓDIGO USUARIO

095876

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No.

33595111

4157709980004148020335951113900000004684096202506 20

PAGUE HASTA

20-JUN-2025

TOTAL A PAGAR

$ 46.840,00

Espacio para sello del Banco o agente de pago autorizado

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO	
Nombre: ENOC MARTINEZ CASTILLO	
Fecha de Nacimiento 24-JULIO-2010	**Edad** 15 AÑOS
Documento de identidad: TI : 1'029 961 600	
Diagnostico : RETRASO MENTAL MODERADO	
Direccion: CARRERA 20C Nº 8-41 (BARRIO LA PRIMAVERA)	
Telefono: 314 4627507	
AFILIACION EPS: CAJACOPI	

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE
Nombre: Rosa Helena Hernández
Dirección: CARRERA 20 C Nº 8-41 (BARRIO LA PRIMAVERA)
Telefono: 314 4627507
Contacto de Emergencia y telefono Rosa Helena Hernandez 314 462 75 07 / 3244790493

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: Rosa Helena Hernandez

NOMBRE ACUDIENTE: Rosa Helena Hernandez

C.C. 40'371 395 V/cio

Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 310 401 25 49 – 304 535 46 37 – 313 293 78 53
Corpoayudandoavivir4@gamil.com

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Rosa Helena Hernandez, identificada con cedula de ciudadania No. 40'371.395 V/cio actuando como representante legal de mi hijo ENOC MARTINEZ CASTILLO, identificado con cedula de ciudadanía No. TI : 1'029 961.600 Y con diagnostico medico RETRASO MENTAL MODERADO, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Rosa Helena Hernández
CC: 40'371'395 V/cio

Sisbén

Fecha de consulta: **29/12/2025**

Ficha: **500011011673800020840**

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ENOC

Apellidos: MARTINEZ CASTILLO

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1029961600

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **02/09/2023**

Última actualizacion ciudadano: **12/08/2024**

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

Direccion: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Telefono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.029.961.600
MARTINEZ CASTILLO

APELLIDOS
ENOC

NOMBRES

Enoc
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 24-JUL-2010
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

24-JUL-2028 A+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

08-AGO-2017 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



A-5200100-01504220-M-1029961600-20250421 0144871233A 2 851007436

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ENOC		MARTINEZ	CASTILLO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro Civil	Tarjeta de identidad	X	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1020961669

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación: MULTISALUD LIMITADA

2.2 Fecha de la Certificación: Año 2023, Mes 12, Día 12

2.3 Tipo de Entidad Valoradora: NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora: 830511298

c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	79.17
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	81.25
Relaciones	75.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	71.43

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b1400.3 b1569.2 b1640.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s1100.2s8

3. Codigos Actividades y Participacion

d175.4 d599.4 e310.3

Identificador: 333791

Generado el: 2023-12-12 05:09:23 AM

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

7. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
YERALDIN BARBOSA MORENO	Psicología	CC-1030586088
AMERICA MAJELLA MOJICA ZUÑIGA	Terapia ocupacional	CC-60391490
JORGE ISAAC AGUILAR SANCHEZ	Medicina	CC-88136180

El certificado de discapacidad no se expide para efectos laborales, ni el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones y de Riesgos Laborales, ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional

Radicado: 333791 Generado en: 2023-12-12 09:09:23 AM

Powered by CamScanner


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
40.371.395
HERNANDEZ
ROSA HELENA


BOGOTA
1.66

Powered by CamScanner

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

Información de afiliados a través de Bases de Datos Única de Afiliados - BDUA y en el Registro Especial de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado

Concepto	Dato
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	[illegible]
NOMBRES	[illegible]
APELLIDOS	[illegible]
FECHA DE NACIMIENTO	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]

Datos de afiliación

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible] Fecha de Afiliación Efectiva [illegible] la fecha en la cual la persona adquiere el derecho a la prestación de los servicios de salud en el Régimen [illegible] Fecha de Finalización de Afiliación [illegible] la fecha en la cual la persona pierde el derecho a la prestación de los servicios de salud en el Régimen [illegible] Fecha de Novedad [illegible] la fecha en la cual se [illegible] la novedad que [illegible] la afiliación. [illegible] Régimen [illegible] Fecha de Finalización de Afiliación, [illegible] la fecha de la novedad que haya generado la EPS o EOC. A su vez se observa con la fecha de [illegible] determina que el afiliado

Powered by CamScanner

emsa

CÓDIGO DEL CLIENTE

146738073

"En un pago de su factura de energía en los puntos autorizados en el presente recibimos para usted el beneficio del periodo por mora. Contra esta factura procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en los términos de ley ante el cobro o canales de atención por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la presentación de la misma y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. La falta de oportunidad o pruebas inmediatas la suspensión del servicio por mora podrá reclamarse de cualquier manera."

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | CUFE

Suscriptor: SUSAN DIANA KATHERINE ESCOBAR MARIN

Dirección: CR 28C # 41 BRR LA PRIMAVERA

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



Lectura Anterior 14235
Tipo de Lectura Cor Lectura

Lectura Actual 14335
Promedio 0

DATOS DE FINANCIACIÓN

SALDO FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

MARCA CONTADOR (EE)	NUMERO (E)	FACTOR
HOA		

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN

2270472		ZONA		CICLO	
CLASE		CÓDIGO CIIU		ESTADO DEL PREDIO	

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGÍA $

Detalle portafolio

Cantidad	Cuenta	Nombre	Total a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

PERIODO FACTURADO	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
03-10-2025/02-11-2025	146738073	14-NOV-2025	$62,760

14-NOV-2025	15-NOV-2025	$62,760

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

Powered by CamScanner

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Rafael Enrrique Medina Hernandez

Fecha de Nacimiento: 10 - 12 - 2000

Edad: 24

Documento de identidad: 1006775930

Diagnostico : cambios, BiPolares moderados, - microencefalea

Direccion: cll 47 # 4-03 mz casa 26 vencedores.

Telefono: 3103354823

AFILIACION EPS: Capital Salud

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: luisa fernanda medina Hernandez

Dirección: cll 47 # 4-03 mz casa 26 vencedores.

Telefono: 3103354823

Contacto de Emergencia y telefono

3103354823

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que acarezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: Luisa Medina Hernandez

NOMBRE ACUDIENTE: Luisa fernanda medina.

C.C. 1.121.965.259.

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Luisa Fernanda medina Hernandez, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.121.965.289 villavicencio/meta actuando como representante legal de mi hijo Rafael enrique medina Hernandez identificado con cedula de ciudadanía No. 1006717.5930 villavicencio-meta Y con diagnostico medico Cambios Bipolares moderados., me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Luisa Fernanda medina H

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.775.930
MEDINA HERNANDEZ

APELLIDOS

RAFAEL ENRIQUE

NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 10-DIC-2000
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 B+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

02-ENE-2019 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



I<0500120-5106A065-M-1006775930-2019020 0064B<<<<<NA 1

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.121.965.259**

MEDINA HERNANDEZ

APELLIDOS

LUISA FERNANDA

NOMBRES

Luisa Fernanda Medina Hernandez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-JUL-1999**

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **F** SEXO

04-AGO-2017 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-5200100-00944784-F-1121965259-20171010 **0057981509A 1** 48451581

Sisbén

Fecha de consulta: 14/11/2025

Ficha: 50001055746200000702

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: RAFAEL ENRIQUE

Apellidos: MEDINA HERNANDEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadania

Número de documento: 1006775930

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/12/2019

Última actualización ciudadano: 12/12/2019

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

MINISTERIO DE SALUD
PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
RAFAEL	ENRIQUE	MEDINA	HERNANDEZ

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Tipo de documento	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	#	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
			X					

Número de documento de identidad: 1006775930

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
Empresa Social del Estado Salud Los Llanos	2025	4	12

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
11	900547963

c. CATEGORÍAS DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	75.00
Movilidad	55.00
Cuidado Personal	56.25
Relaciones	75.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funcionales Corporales:

d117.3 b122.3 s710.2

2. Codigos Estructurales Corporales:

s110.388 s130.388 s770.275

3. Codigos Actividades y Participación:

d160.3 d4602.3 d598.3

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

I. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
[illegible]	Psicología	CC-1081514118
[illegible]	Trabajador Social	[illegible]
[illegible]	Medicina	[illegible]

[illegible]

emsa

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

405496122

"El no pago de su factura de energía no es motivo suficiente para el posible corte del suministro de energía. Cuando esto ocurra, el cobro procede únicamente en los eventos de servicio al cliente o errores de facturación imputables a Electrificadora del Meta S.A. E.S.P. dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la expedición del mismo y el suscriptor de conformidad con la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de presentar la petición antedicha la suspensión del servicio por parte de la empresa no procederá en ningún momento".

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

DETALLE DE CONSUMO



Lectura Actual 11335
Acumulado 0

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGÍA

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
15-NOV-2025	$59,070

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO	Nuia: 9-900003045	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
05-10-2025/04-11-2025		405496122	14-NOV-2025	$59,070

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Dylan Matias Medina Ortiz

Fecha de Nacimiento: 20-02-2015 | Edad: 10

Documento de identidad: 1230339513

Diagnostico: Sindome de Prader

Direccion: Cra 26A 5B-19 la Serania

Telefono: 3208106671 - 3133033337

AFILIACION EPS: Sanitas

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Myriam Ortiz Gomez

Direccion: Cra 26A 6A-27 La Serania

Telefono: 3208106671

Contacto de Emergencia y telefono

Wilmer Medina Silva - 3133033337

AUTORIZACIONES

Autorize a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institucion

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: Myriam Ortiz Gomez

NOMBRE ACUDIENTE: Myriam Ortiz Gomez

C.C. 40-339492

Villavicencio, 14 de noviembre de 2025

Señores

SECRETARIA DE GESTION SOCIAL

Ciudad

ASUNTO: SOLICITUD CUPO ESCOLAR

Cordial saludo:

Por medio de la presente solicito amablemente tener en cuenta a mi hijo DYLAN MATIAS MEDINA ORTIZ, identificado con la T.I 1230339513, quien es un niño en condición de DISCAPACIDAD por una enfermedad huérfana Diagnosticada como SINDROME DE DRAVET, para un cupo escolar en una institución de educación especial, ya que necesita integrarse a una comunidad educativa, para que pueda desarrollar sus habilidades sociales y compartir con más niños de su edad.

Como soporte a lo citado anteriormente adjunto los siguientes documentos:

-CERTFICADO DE DISCAPACIDAD

-COPIA DE LA TARJETA DE IDENTIDAD

-COPIA DEL SISBEN

Agradezco de antemano su colaboración con la anterior solicitud.

Cordialmente,

MYRIAM ORTIZ GOMEZ
C.C 40.334.492
CEL. 3208106671
Correo:miortgo1985@gmail.com
Villavicencio, 26 de febrero de 2025

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
DYLAN	MATIAS	MEDINA	ORTIZ

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
			X					

Número de documento de identidad: 1230339513

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
MEDICOOP IPS LTDA	2023	10	7

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	900108793

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	75.00
Movilidad	45.00
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	75.00
Actividades de la Vida Diaria	81.25
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b122.2 b1649.3 b1671.2

2 Codigos Estructuras Corporales

s1103.289

3 Codigos Actividades y Participación

d175.3 d4602.2 d598.3

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.230.339.513

MEDINA ORTIZ
APELLIDOS

DYLAN MATIAS
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 20-FEB-2015
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

20-FEB-2033 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

17-MAR-2022 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-5200100-01309750-M-1230339513-20220726 0080186043A 2 8504322835



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.334.492

ORTIZ GOMEZ

APELLIDOS

MYRIAM

NOMBRES

Myriam Ortiz G

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-1985
VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

28-FEB-2003 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-3200100-00366503-F-0040334492-20120324 0029517718A 1 37745686

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

C2

Fecha de consulta: 15/11/2025

Ficha: 50001062653600000257

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: DYLAN MATIAS

Apellidos: MEDINA ORTIZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1230339513

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 08/10/2019

Última actualización ciudadano: 06/12/2020

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: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

emsa
Electrificadora del Meta S.A.
NIt. 892002210-6

Calle 37A 45-53 Barrio Alto Vía La Azotea Villavicencio
Línea 115 línea alerta de violencia
Línea gratuita nacional: 018000918615
Desde cualquier operador: 318 627 8033
WhatsApp 318 555 7464

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

188655509

-25446-M1-26EMSA2025v2

"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de aparecer la palabra inmediato la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-11-11 14:27 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-11-11 14:31 | CUDE | [illegible]

Suscriptor: **MARIELA VARGAS SABOGAL**

Dirección: CR 26A 5B 19 BRR LA SERRANIA

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 11477 Lectura Actual 11647
Tipo de Lectura Con Lectura Anomalía 0

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía: 785.49 (Valor kWh con SUBS) x 170 (Consumo en kWh)	$133,533
VALOR NETO:	$157,097
Porcentaje de SUBSIDIO (15%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-23,564
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$133,533
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$4,713
Ajuste a la Decena	$4
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS:	$4,717
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$138,250

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 159
Documento No.: DES5077622
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $213910 20-10-25
Periodo: 09-10-2025/09-11-2025
Ruta: 36-3639152356

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	170214311	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 11-NOV-2025 16:26

ESTRATO	3	ZONA	Urbano	CICLO	33
CLASE	Residencial	CODIGO CIIU	Gran Ciudad	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

FAC Circuito	VI0303	(NC) Horas Compensadas	0
Transformador	VIT788	(VC) Veces a compensar	0
n de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	164
(DIU) Duración en horas de interrupciones	26.539	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	11	(D) Cargo de Distribución	199.85
(DIUG) Meta por duración	21.54	(FIUG) Meta por Frecuencia	20

V/r a Compensar $ 0

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Costo unitario de la prestación del servicio de EMSA ($ / kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	323.2	Pérdidas reconocidas	PR $	60.23
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	52.97	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	30.83
Transporte en el sistema de distribución local	D $	275.2	Costo de comercialización	C $	181.67
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+Cx+PR+R					924.1
Interés moratorio residencial		0,48%	Interés moratorio no residencial		1,58%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
21-NOV-2025	22-NOV-2025	$138,250

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO
09-10-2025/09-11-2025

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
188655509	**21-NOV-2025**	**$138,250**

4157709998002449802001888555093900000138250

emsa VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC.14-2016 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0047 Enero-25-2002
VIGILADA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS
La presente factura prestaría mérito ejecutivo (Art.130 Ley 142 de 1994) y por ella todas las afectas se asimila a una letra de cambio - Electrificadora del Meta SA. Nit: 892.002.210-6, SIVDE-EMSA

DEPARTAMENTO DEL META	CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD	

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Maren Sofia Lozo Fierro

Fecha de Nacimiento 21-01-2015 **Edad** 10

Documento de identidad: 1029 967 - 274

Diagnostico :

Direccion: C 49E Sur 25B 27 MZ 6 CS 10

Telefono: 311 595 3003

AFILIACION EPS:

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Luz Marina Rincon

Dirección: C 49E Sur 25B 27 MZ 6 CS 10

Telefono: 311 595 3003

Contacto de Emergencia y telefono
Abuela

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: Luz Marina Rincon

NOMBRE ACUDIENTE: Luz Marina Rincon

C.C. 21 285 963

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Liz Marina Limon, identificada con cedula de ciudadanía No. 21 235 963 actuando como representante legal de mi hijo Mauren Sofia Rojo, identificado con cedula de ciudadanía No. 1029 967 274 Y con diagnostico medico _____, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.029.967.274**

ROZO FIERRO

APELLIDOS

MAUREN SOFIA

NOMBRES

Mauren Sofia

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO **21-ENE-2015**

VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

21-ENE-2033 **O+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

07-MAR-2022 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL



I-1029967274-20150121 0027844444A1 2015012

315

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
MAUREN	SOFIA	POZO	FIERRO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería		Pasaporte		Carnet diplomático		Permiso especial de permanencia	

Número de documento de identidad: 1029967274

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
DOMSALUD DEL META SAS	2025	4	21

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	900310945

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognicion	62.1
Movilidad	50.1
Cuidado Personal	50.0
Relaciones	40.3
Actividades de la Vida Diaria	52.0
Participación	53.5

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b122.3 b770.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.276 s770.373

3. Codigos Actividades y Participación

d310.2 d4501.2 d4602.2

MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE I ISCAPACIDAD

I. PROFESIONALES DEL EQUIP(MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Pr fesión	Tipo y Número de Identificación
P UATHAN FERNEY GIL MARQUEZ	Medicina	CC-1098783046
NDRA PATRICIA JOJOA CARVAJAL	Terapia ocupacion	CC-1124852793
[illegible] LOURDES MOLINA MAJE	Psicología	CC-52703101

Tenga en cuenta que este certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

[illegible]

Identificación: 482570 Generado en: 2025-1-27 09:36:16 AM Pag

316

Cordoba Nieto

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL

21.235.963
RINCON Viuda de DURAN

LUZ MARINA



Tel - 3115953003
- 3123579181



FECHA DE NACIMIENTO 28-MAY-1956
VILLAVICENCIO
META
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 O+ F
ESTATURA G.S. (RH) SEXO
15-DIC-1977 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



Powered by CamScanner

eaav

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio EAAV - E.S.P.

CÉDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDAS	FECHA DE IMPRESIÓN
500010004000000044280000000000	0	2025-08-11T16:20:33 2025-08-11T12:09:55

CÓDIGO USUARIO	088252
CUENTA No.	33977172
PERIODO FACTURADO	03-07-2025 - 30-07-202

DATOS DEL SUSCRIPTOR

RINCON VDA DE DURAN LUZ MARINA

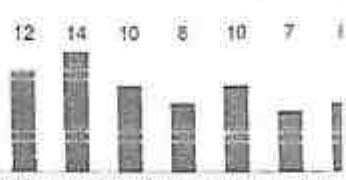
C 49E SUR 25B 27 MZ G CS 19

CHAPARRAL

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO: 10

NOVEDAD LECTURA: NORMAL



CLASE	ESTRATO	ESTADO	FECHA DE SUSPENSIÓN
RESIDENCIAL	2		27-08-2025

DATOS TÉCNICOS

CICLO	RUTA	DIÁMETRO	No. DE MEDIDOR	PERÍMETRO No.
39	3920 39201000000 ORDEN 240	1/2	[illegible]	2074.22

LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO (m³)	ALCANTARILL
1314	1306	8	8

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN		CANT.	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
Cargo Fijo		1	[illegible]	[illegible]	2.745,95	0	4.851,70
Consumo Basico	0 - 16	8	2.432,70	19.461,60	[illegible]	0	12.455,40
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.432,70	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.432,70	0	0	0	0
TOTAL ACUEDUCTO					0.782,13	0	17.307,10
Cargo Fijo		1	0.429,59	6.429,59	2.314,59	0	4.114,93
Consumo Basico	0 - 16	8	2.562,65	20.501,24	7.380,45	0	13.120,92
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.562,65	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.562,65	0	0	0	0
TOTAL ALCANTARILLADO				26.930,83	9.695,11	0	17.235,79
TOTAL MES				[illegible]	[illegible]	0	34.542,89
Total Items	4						

OTROS COBROS

CONCEPTO	VAL
Abono a la Deuda	
SUBTOTAL OTROS COBROS ($)	

CARTERA INVESTIGACIÓN

PROCESO COACTIVO

INFORMACIÓN DE INTERES

Cargo fijo AC	4.851,70	Cargo Fijo AL	4.114,93
Consumo Basico AC	12.455,40	Consumo Basico AL	13.120,92
Consumo Complementario AC	0	Consumo Complementario AL	0
Consumo Suntuario AC	0	Consumo Suntuario AL	0

AUGUSTO ALEJANDRO PONTE FINZON
GERENTE GENERAL

Esta factura incluye los siguientes cobros por tasa destinados a las autoridades ambientales: (Ley 99 de 1993).

SERVICIOS	Tarifa por m³
Acueducto (Tasa Ambiental)	$ 4.114
Alcantarillado (Tasa Retributiva)	$ 1.120,55

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Numero consecutivo FEV SETT1509824

pague a tiempo

PAGUE HASTA: 25-AGO-2025

TOTAL A PAGAR: 34.570

PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO DE ACUERDO CON EL ART. 130 DE LA LEY 1123/94

Realiza tus trámites sin salir de casa

POR:
- Información general
- Reporte de daños y solicitudes
- de asistencia técnica

Llámanos 608 681 8080

FORMA DE PAGO CONTADO

MEDIO DE PAGO EFECTIVO

Puntos de pago

- Banco de Occidente
- Banco BBVA
- Puntos Redeban
- Bancolombia
- Consuerte
- EFECTY
- Banco de Bogota
- Itaú
- Banco de Popular
- Caja Social
- COTRÉM
- Banco Agrario
- www.

eaav

CÓDIGO USUARIO 088252

FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS No. 33977172

(415)7709998999941(8020)33977172(3900)0000034570(96)20250825

PAGUE HASTA: 25-AGO-2025

TOTAL A PAGAR: 34.570

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO	
Nombre: Aaron Muñoz Delgado	
Fecha de Nacimiento 09 de mayo de 2013	**Edad** 12
Documento de identidad: 1.070 467 916	
Diagnostico : Autismo	
Direccion: K 44 16B TO 4 AP 502 Conjunto Sabana Oriente.	
Telefono: 313 411 6572	
AFILIACION EPS: Nueva EPS	

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE
Nombre: Adriana Marcela Muñoz Delgado
Dirección: K 44 16B TOR4 APT 502 Cons. Sabana Oriente
Telefono: 313 411 6572
Contacto de Emergencia y telefono Adriana Muñoz 313 411 6572 - 321 471 857 3

AUTORIZACIONES
Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución SI: X NO: _____
Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a) SI: X NO: _____

FIRMA: Adriana Muñoz

NOMBRE ACUDIENTE: [illegible]

C.C. 1.121 823 639 Cali.

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Adriana Marcela Muñoz D., identificada con cedula de ciudadania No. 1.121 823 639 de Villavicencio actuando como representante legal de mi hijo Aaron Muñoz Delgado, identificado con cedula de ciudadania No. 1.070 467 916 Y con diagnostico medico Autismo, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

1.121 823639 Vcio.

Sisbén

Fecha de consulta: 28/11/2025

Folio: 50001001649200000296

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **AARON**

Apellidos: **MUÑOZ DELGADO**

Tipo de documento: **Tarjeta de identidad**

Número de documento: **1070467916**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta válida: **26/05/2024**

Última actualización aplicada: **26/05/2024**

Fecha actualización en registro administrativo:

*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: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

ensa

INVERSIONES LLANO HERMOSO SAS

DETALLE DE CONSUMO



INFORMACION TECNICA

MARCA CONTADOR (LS):		NUMERO (S):		FACTOR
HKG		18274547		1
FECHA Y HORA DE EXPEDICION		08-ABR-2025 01:05		
ESTRATO	2	ZONA	Urbano	CICLO	32
CLASE	Residencial	CODIGO CIIU	Residencial	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

INDICADORES DE CALIDAD

SAIDI Circuito	VI1002	IMC Metro Comparativo	0
CAIDI Representativo	VIT17277	IMC Metro a comparar	0
Número de usuarios	13	CAIDI Comercializador a comparar	12
[illegible]	21.145	Días Periodicidad de demanda de energía	30
[illegible]	93	Días Ciclo de Distribución	183.58
[illegible]	28.52	Días Ciclo de Facturación	25
[illegible]	[illegible]	Días Compensación	[illegible]

Costo unitario de la prestación del servicio de ENSA (S / kWh)

G1	303.41	[illegible]	$/kWh	58.82
T1	62.2	[illegible]	$/kWh	44.57
D1	237.58	[illegible]	$/kWh	144.23
Total Cu= Cu(usuario)+Cm+g+t1+d1+[illegible]				850.81
				850.81

DATOS DE FINANCIACION

[illegible]

$0 $0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

HISTÓRICOS FACTURAS / TON

MES 1	MES 2	MES 3
MES 4	MES 5	MES 6

Variables	Actual	Anterior
TRBL	0.002561	0.002968
TRLU	0.001471	0.001353
TRRA	0.000368	0.000160
TRR	0.024642	0.029431
TRNA	0.040449	0.020277
TRPA	0	0
TRTA	0	0

COSTOS SERVICIO

Costo Fijo Total	25.830
Costo Variable no aplica	100.793
Apoyo electrificación	4.237
Valor base aportes Reforma	171.508

LIQUIDACIÓN DEL SERVICIO

Cargo fijo	25.830
Cargo variable	12.708
Subsidios Contribuciones	12.708
Descuentos	0
Ajuste aproximamiento	721
TOTAL ASEO	$28.156

OTROS SERVICIOS

Productos	0 Unid	0
Servicios	0 Unid	0
TOTAL OTROS SERV		$0

FINANCIACIONES

VALOR NETO	$57.855
Porcentaje de SUBSIDIO (44%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-25.649
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$32.206
Impuesto AP	$1.157
OTROS CONCEPTOS	
Ajuste a la Decena	$1
SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS	$1.158
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$33.364

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE (E)

Interés Moratorio Residencial	0,49%
Interés Moratorio No Residencial	1,55%

Código del cliente 420984723
Número de documento

$61,520
Valor a pagar

415770999800244980200420984723390000000061520

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
20-MAY-2025	21-MAY-2025	$61.520

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

Código del cliente
Número de documento

Valor a pagar

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO
1.070.467.916

APELLIDOS
MUÑOZ DELGADO

NOMBRES
AARON



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO
09-MAY-2013
FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

09-MAY-2031 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

10-MAR-2021 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.823.639

MUÑOZ DELGADO
APELLIDOS

ADRIANA MARCELA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-JUL-1986
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

30-AGO-2004 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-5200100-08131311-F-1121823639-20041110 0000904321M 01 1701830D

Ingreso: 769E39414C **Fecha Historia:** 9/08/2025 12:08:49 p. m. **# Autorización:** 274582298

Fecha ingreso: 9/08/2025 10:07:17 a. m. **Causa de atención:** Enfermedad general pediatria

Servicio ingreso: CONSULTA EXTERNA C.E **Servicio egreso:** CONSULTA EXTERNA C.E

Identificacion: 1070467916 **Nombres:** AARON **Apellidos:** MUÑOZ DELGADO

Número de folio: 18 **Ubicación:** FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA - CONSULTA EXTERNA C.E

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: MUÑOZ DELGADO

Nombres: AARON

Dirección: FI VILLA ESPERANZA VDA APIAY - BOGOTA DC CENTRO - BOGOTA - BOGOTA

Teléfono: - 3134116572

Entidad responsable: NUEVA EPS S.A

Segurad social: NUEVA EPS S.A

Tipo paciente: CONTRIBUTIVO

Profesión: NO APLICA REGISTRAR

Tipo documento: TI **Número:** 1070467916

Edad: 12 Años 03 Meses 00 Dias (9/05/2013)

Sexo biologico: MASCULINO **Género:** Masculino

Grupo: O **RH:** Positivo

Tipo afiliado: BENEFICIARIO

Estado civil: SOLTERO

Grupo étnico:

ANAMNESIS

Motivo de Consulta:

ASISTE EN COMPAÑIA DE LA MAMÁ MARCELA MUÑOZ TEL 3134116572
ULTIMA VALORACION FUE EN EL MES DE ABRIL DE 2024
PACIENTE YA CONODIO POR EL SERVICIO CON DIGANOSTICOS DE :
1. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

EN EL MOMENTO EN MANEJO FARMACOLOGICO CON:

1. RISPERDAL 1MG/ML EN GOTAS 4-0-20
2. FLUOXETINA 20MG/5MG. DAR 5 CC - 0- 0

Enfermedad Actual:

SUBJETIVO
LA MAMÁ REFIERE QUE ULTIMA MENTE CUANDO ESTA ANSIOSO, O CUANDO SE FRUSTRA SE GOLPEA PUÑOS EN LAS PIERNAS, O LE PEGA A LA MAMÁ. ANTE ESTAS DIFICULTADES LA MADRE LE EST ADMNISTRANOD MELATONINA 2MG CON LO QUE HA MEJORADO EL PATRON DE SUEÑO. TIENE MEJOR PATRON DE ALIMENTACION, SE COME LA PASTA CRUDA
NO LE FUE ENTRADO EL ARIPIPRAZOL AL PARECER LE DIERON UNA HOJA QUE DUICE QUE NO ENCUENTRAN ARGUMENTOS PARA ADMINISTRAR LA MEDICACÓN. TIENE PENDIENTE CONTROL DE OTORRINO, AUN NO HA REALIZADO POLISOMNOGRAFIA TIENE CITA PARA EL 11 DE NOVIMEBRE DEBIDO A ESTO LA MAMÁ ADMINISTRA 6 GOTAS EN LA MAÑANA 6 AGOSTA A MEDIO DIA Y 6 A LAS 6 DE LA TARDE

MEJOR TOLERANCIA A TIEMPOS DE ESPERA, ACTUALMENTE TIENE MANEJO FARMACOLOGICO CON RISPERIDONA 4-0-20 Y FLUOXETINA 5CC-0 ESTA ASISITIENDO A TERAPIAS INTEGRALES Y AULA DE INTEGRACION SENSORIAL.

TRAE RESULTADOS DE PARACLINICOS:
ELECTOENCEFALOGRAMA 29/04/2023. NORMAL PARA LA EADA. NO SE OBSERVAN SIGNOS DE FOCALIZACION NI DESCARGAS EPILEPTIFORMES
LE REALIZAN ESTUDIO DE SUEÑO QUE LA MAMÁ REPORTA NORMAL, APNEA LEVE, PERO DOCUMENTAN OBSTRUCCION ALVEOLAR
13/3/2025: ICV: 53. IRP67 IMT 52 IVP 53 CIT 48. DISCAPACIDAD COGNTIVA LEVE

ANTECEDENTES
FRUTO DE 1 GESTACION, STORCH NEGATIVO, EDAD MATERNA DE 26 AÑOS, ULTIMO TRIMESTRE CON NACMIENTO PRETERMINO A LAS 37 SEMANAS, VIA VAGINAL. LA MAMA REFEIRE QUE PRESENTO HIPOGLICEMIA E HIPOTENSION. PESO 3700GR TALLA 51CM LACTANCIA MATERNA NO RECIBIO. TENIA BUENA SUCCION CON EL TETERO. ICTERICIA DURANTE 17 DIAS EN UCIN.

NEURODESARROLLO: SOSTEN CEFALICO A LOS 3 MESES. ROLADOS: A LOS 4 MESES. SEDESTACION A LOS 8 MESES. GATEO CRUZADO, A LOS 6 MESES. MARCHA A LOS 19 MESES
LENGUAJE INICIA A LOS 4 AÑOS CON APOYO DE TERAPIA. INICIALMENTE CUANDO DESEABA ALGO LO SEÑALABA. EMITIA UN SONIDO.
ESTA DESESCOLARIZADO DESDE POR DIFICULTADES CON EL AREA ADMINSITRATIVA DEL COLEGIO EN

Tórax:	✓ N	AN
Abdomen:	✓ N	AN
Genitourinario:	✓ N	AN
Extremidades:	✓ N	AN
Neurológica:	✓ N	AN
Piel:	✓ N	AN

Observaciones:

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

Peso para la Talla:

Peso para la Edad:

Perimetro Cefálico:

Talla para la Edad: >=-1 / Talla adecuada para la edad

Indice Masa Corporal: >=-1 a <=+1 / IMC Adecuado para la edad.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnóstico	Observaciones	Tipo	Principal
F840	AUTISMO EN LA NIÑEZ		Impresion diagnóstica	✓
F709	RETRASO MENTAL LEVE, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO		Confirmado nuevo	

ESCALAS DE SALUD

ESCALA (NRS) NUMÉRICA DEL DOLOR

Puntaje total : 0 puntos **Interpretación :** Sin dolor

ANÁLISIS

PACIENTE ALERTAINGRESA CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, SALUDA DESDE EL PRIMER MOMENTO, ME RECONOCE, REPONDE AL LLAMADO POR EL NOMBRE. RESPONDE PREGUNTAS SENCILLAS, TIENE MAYOR INTENCION COMUNICATIVA Y DE INTERACCION, INTENTA MANIFESTAR SUS NECESIDADES, Y RELATAR HISTORIAS, EUPROSEXICO, LENGUAJE DISLALICO, AFECTO MEJOR MODULADO, PENSAMIENTO MENOS CONCRETO SIN IDEAS DELIRANTES, SIN ALTERACIONES EN LA SENSOPERCEPCION, INTROSPECCION POBRE. NO PRESENTA INQUIETUD MOTORA

PACIENTE DE 12 AÑOS CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA DIAGNOSTICADO DESDE LOS 3 AÑOS DE EDAD, APORTA PRUEBAS CON CIT EN RANGO DE DISCAPACIDAD LEVE CON ALTERACIONES COMPORTAMENTALES. TIENE MAYOR TOLERANCIA A TIEMPOS DE ESPERA. EBN LA EPSNO ENTREGALOS EL MEDICAMENTO POR LO QUE S RETOMO RISPERIDONA CONSIDERO AJUSTAR LA DOSIS DE RISPERIDONA 10 GOTAS EN LA MÑANA 15 GOTAS EN LA NCCHE, Y CONTINUAR FLUOXETINA Y MELTONINA DE LIBERACION PROLONGADA. LA MADRE DE COMO HACER DESMONTE DE RISPERIDNA, Y TITULACIÓN DE ARIPIRPAZOL, TIENE ORDENES DE TERAPIA VIGENTES. SE DAN NUEVAS ORDENES DE MANEJO AMBULATORIO SE LE EXPLICA A LA MAMA QUE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

PLAN
1. RISPERIDONA 1MG/ML, 10 GOTAS EN LA MAÑANA Y 15 GOTAS EN LA NOCHE. SE INICIA DESMONTE
2. CITA DE SEGUIMIENTO EN 3 MESES
3. TERAPIAS DE REHABILITACION INTEGRAL
4. FLUOXETINA 20MG/5MG DAR 5CC MEDIO DÍA
5. MELATONINA 2MG

CONCILIACION MEDICAMENTOSA

¿Se realizo la conciliación medicamentosa? : Si [X] No [ ]

ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES

MEDICAMENTOS EXTRAMURAL:

Profesional: LAURA JULIANA ACOSTA MARIÑO
Especialidad: PSIQUIATRIA
Tarjeta Prof. # 53107669

Identificación: 1070467916
Nombre: AARON
Apellido: MUÑOZ DELGADO

2. Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remisora. Igualmente, para estos casos, está financiado con recursos de la UPC el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

Asimismo, se financia el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria, si el médico así lo prescribe.

Artículo 108. ***Transporte del paciente ambulatorio.*** El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia para acceder a una atención financiada con recursos de la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será financiado en los municipios o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

Parágrafo. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario deba trasladarse a un municipio distinto al de su residencia, para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de este acto administrativo, o cuando existiendo estos en su municipio de residencia, la EPS o la entidad que haga sus veces, no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS o la entidad que haga sus veces, recibe o no una UPC diferencial.

Lizeth Yesenia Castro Quevedo
T.P. 219190
Magister en Neuropsicología y Educación

INFORME DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Aaron Muñoz Delgado

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 09-05-2013

Edad: 11 años

Escolaridad: Primaria

Ocupación: Estudiante

Identificación: 1122679738

Remitido por: Neurología

2. EVALUACIÓN

Escala de Inteligencia Wechsler para niños –IV (WISC-IV): Es un instrumento que permite evaluar la capacidad cognoscitiva de los niños entre los 6 a los 16 años de edad. La calificación de la prueba se realiza a partir de la conversión de puntuaciones naturales en puntuaciones escalares y compuestas con el fin de realizar comparaciones entre los índices y ubicarlos según unas tablas normativas distribuidas por edades (Wechsler, 2007).

3. DESCRIPCIÓN DEL AMBIENTE Y DE LA CONDUCTA.

La prueba fue aplicada el día 13 de marzo de 2025 en el consultorio psicológico del Hospital de la Gente. El consultorio contaba con buena iluminación, ventilación y los materiales necesarios. Paciente ingresa a consulta por sus propios medios, orientado alopsíquica y autopsiquicamente. Durante la valoración se muestra activo, participativo, colaborador y motivado y abierto al dialogo

4. RESULTADOS DE LA PRUEBA WISC-IV

Subprueba	Puntuación natural	Puntuación escalar					
Diseño con cubos (DC)	30	9		9			9
Semejanzas (SE)	-	-	-				-
Retención de dígitos (RD)	4	1			1		1
Concepto con dibujos (CD)	5	1		1			1
Claves (CL)	12	1				1	1
Vocabulario (VB)	17	4	4				4
Sucesión de números y letras (NL)	-	-			-		-
Matrices (MT)	9	4		4			4
Comprensión (CM)	6	1	1				1
Búsqueda de símbolos (BS)	9	2				2	2
(Figuras incompletas)	-	-		(-)			
(Registros)	-	-				(-)	
(Información)	4	1	(1)				
(Aritmética)	6	2			(2)		
Palabras en contexto	-	-	(-)				
Suma de puntuaciones escalares			6	14	3	3	26
			CV	RP	MT	VP	ET

Tabla 1. *WISC-IV/ Conversiones de puntuaciones Naturales a escalares*

Cálculo de puntuaciones índice WISC-I V

Escala	Suma de puntuaciones escalares	Índice compuesto
Comprensión verbal (CV)	6	53
Razonamiento perceptual (RP)	14	67
Memoria de trabajo (MT)	3	52
Velocidad de procesamiento (VP)	3	53
Escala total (CI)	26	48

Tabla 2. *Conversión de puntuaciones escalares a puntuaciones índice del WISCIV*

CI	Clasificación
130 o más	Muy superior
120-129	Superior
110-119	Promedio alto
90-109	Promedio
80-89	Promedio bajo
70-79	Limite
≤ 69	**Muy bajo**

Tabla 4. Cualitativos: Descripciones cualitativas



6. INTERPRETACIÒN DE PUNTUACIONES WISC-IV

Para la respectiva calificación se emplea la escala de inteligencia Weschler para niños en edades entre los 6 a 16 años de edad, haciendo la respectiva conversión según las tablas de baremos de la edad comprendida entre los 11 años 0 a 12 meses. Se pudo evidenciar un CI Total de **48**, ubicando al menor en un rango **Muy Bajo** dentro de la media estadística en comparación con los niños de su misma edad cronológica; No obstante, en la misma aplicación se logró evidenciar diferentes habilidades y dificultades presentes en el menor de acuerdo con la prueba aplicada, las cuales serán descritas a continuación en cada una de las sub escalas de la WISC-IV.

Puntajes Por Escalas de la Prueba WISC IV

Comprensión Verbal (CV)	Índice de Comprensión Verbal **CI 53 Muy Bajo** Presenta dificultades comunicativas para los procesos de aprendizaje y socialización
Razonamiento Perceptual (RP)	Índice de Razonamiento Perceptual **CI 67 Muy Bajo** Se identifican dificultades para interpretar y manejar información no verbal del entorno
Memoria de Trabajo (MT)	Índice de Memoria de Trabajo **CI 52 Muy Bajo** Inadecuado nivel de agilidad mental y dificultades para trabajar con información proporcionada
Velocidad de Procesamiento (VP)	Índice de velocidad de procesamiento **CI 53 Muy Bajo** Realiza un inadecuado uso del tiempo para la realización. planeación y ejecución de actividades que implican el uso de recursos cognitivos para el procesamiento de la información. organizar ideas y establecer esquemas de interpretación de la información.
ESCALA TOTAL (CI TOTAL)	**CI Total en 48 Muy Bajo**

Tabla 5. Cualitativos: *Descripciones cualitativas por escalas*

7. COEFICIENTE INTELECTUAL TOTAL

En la exploración neuropsicológica se registra un **CI Total en 48**, lo cual indica un nivel de funcionamiento intelectual muy bajo según la edad del paciente, lo que implica el desarrollo de habilidades cognitivas en un nivel inadecuado para el ciclo vital en el que se encuentra, por lo cual es recomendable intervención especializada para fomentar el desarrollo cognitivo del menor

8. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA- CIE 10:

(F70) Discapacidad Intelectual Leve

9. RECOMENDACIONES

A nivel de escolar

- Diseñar el PIAR que permita una adecuada integración y ajuste curricular en el menor.
- Se sugiere remisión a psicología educativa con el fin de identificar áreas de mayor gusto y motivación y diseñar estrategias que a partir de su motivación transversalicen las habilidades que estén en déficit

A nivel de sistema de Salud:

- Remisión a psicoterapia para trabajar aspectos emocionales y comportamentales que estén interfiriendo en sus procesos de aprendizaje, además de trabajar tolerancia a la frustración
- Remisión a terapia ocupacional para manejo de control postural, flexibilidad cognitiva y velocidad de procesamiento
- Valoración de control por Neuropsicología en un tiempo no mayor a un año.

A nivel Familiar:

- Procurar una estimulación del lenguaje que posibilite un mecanismo de comunicación eficiente entre el menor y el adulto.
- Estimular el desarrollo social a través del juego con niños de su edad. Esto generará un ambiente en el cual el menor estará motivado a la socialización a través de la comunicación verbal y no verbal.
- Establecer estrategias de estimulación cognitiva que le permita al menor responder y resolver los diferentes problemas que se le presenten en la cotidianidad.

Lizeth Yesenia Castro Quevedo
T.P. 219190
Magister en Neuropsicología y Educación

Nota: Favor tener en cuenta este informe como un signo de alarma más no como un diagnóstico definitivo.

Lizeth Yesenia Castro Quevedo
Psicologa T.P. 219190
Magister en Neuropsicologia

Elaborado por:
Lizeth Yesenia Castro Quevedo
Magister en neuropsicología y educación
HOSPITAL DE LA GENTE

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
AARON		MUÑOZ	DELGADO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad		Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
			X					

Número de documento de identidad: 1070467916

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
BELISARIOS VELASQUEZ & ASOCIADOS SAS	2023	12	26

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	830504600

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	50.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	64.29

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b189.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s1109.188

3. Codigos Actividades y Participación

d175.2 d598.1 d910.2

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
YERALDIN BARBOSA MORENO	Psicología	CC-1030586088
MARIA ALEJANDRA NUPIA MAYORQUINO	Fisioterapia	CC-1121944561
LINA JULIETA REYES MONTENEGRO	Medicina	CC-40325625

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Erlyn Carolina Garcia Mateus.

Edad

Fecha de Nacimiento: 04-10-2012

Documento de Identidad: TI. 1029150914.

Diagnostico: Sindrome. Down.

Direccion. Calle 36 # 12-199 Este.

Telefono. 3143305526.

AFILIACION EPS: Coomisanar

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Maria Garcia

Direccion. Calle 36 # 12-199 Este.

Telefono: 3143305526.

Contacto de Emergencia y telefono: 3142306147.

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividada que se desarrollan fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: _____

NOMBRE ACUDIENTE: Marlon Garcia.

C.C. 80.125.219.

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Marlon Humberto Murcia Serrano, identificada con cedula de ciudadania No. 80125214. actuando como representante legal de mi hijo Eilyn Carolina Murcia Mateus., identificado con cedula de ciudadania No. TI. 1.029.150.874 Y con diagnostico medico Sindrome DOWN, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta. CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

CC. 80125214.

Sisbén

Fecha de consulta: **29/12/2025**

Ficha: **11001701599700021778**

C13

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: EILYN CAROLINA

Apellidos: MURCIA MATEUS

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1029150874

Municipio: Bogotá

Departamento: Bogotá

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **16/10/2024**

Última actualización ciudadano: **16/10/2024**

Última actualización vía registros administrativos: **11/12/2025**

*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: DANIELA PEREZ OTAVO

Dirección: Carrera 30 No 25 - 90 Edificio CAD Piso 13

Teléfono: Línea 195 Opción 9 - 4

Correo Electrónico: radicacionplaneacionbogota@sdp.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ELYA	CAROLINA	MURCIA	MATEUS

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía		Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
Número de documento de identidad			1023960874						

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

2.2 Fecha

Año	Mes	Día
2021	4	28

2.3 Departamento

BOGOTA, D.C

2.4 Municipio

BOGOTA, D.C

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	100.00
Movilidad	70.00
Cuidado Personal	100.00
Relaciones	55.00
Actividades de la Vida Diaria	95.00
Participación	75.57
GLOBAL	89.76

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.4 b125.3 b134.3

2. Codigos Estructuras Corporales

3. Codigos Actividades y Participación

d155.4 d398.4 d8204

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

8. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
MONICA ALEJANDRA BERMUDEZ LUGO	Terapia ocupacional	CC-1024550682
LUISA MARGARITA DAZA YANI	Medicina	CC-1065647040
LUZ ANGELICA CASTAÑEDA TACHA	Fonoaudiologia	CC-52052052

9. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *EILYN CAROLINA MURCIA MATEUS* manifiesto que: *SI*

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Nombre y Firma CC 80125214, Documento: TI-1029150874

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula. *SI*

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO
1.029.150.874

APELLIDOS
MURCIA MATEUS

NOMBRES
EILYN CAROLINA



NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-2012
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
04-OCT-2030 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
08-ENE-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



I-1029150874<0135273.F 2910[illegible]





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-ENE-1952

SANTAFE DE BOGOTA DC
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 ESTATURA

O+ G.S RH

M SEXO

07-ABR-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500115-42031638-M-0060125214-20000818 07313[illegible]

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - DEE

DOCUMENTO FACTURA ELECTRÓNICA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS – FE

Zona: 8 | Ciclo: 27 | Ruta: 2735 | Orden: 124

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio ESP EAAV

NIT 822.000.295-1 Somos gran contribuyente, autorretenedor de IVA, ICA

34344024
Factura No.
Consérvelo para futuras consultas de servicios públicos

097994
Código de usuario
Con este se identifica su convenio en la EAAV

FACTURAS VENCIDAS: 0

SETT1960783

Externa y descarga el documento, nivel tarifario CU

DATOS DEL SUSCRIPTOR/USUARIO

BARLOVENTO VILLAVICENCIO LTDA

C 36 13 116ESTE CS 125

C.C. BARLOVENTO — VILLAVICENCIO

Código catastral: 500010107000003750001000000125

Clase de uso: RESIDENCIAL — Estrato: 3

Unidades residenciales: — Z8 - 16663

Unidades no residenciales:

DATOS TÉCNICOS

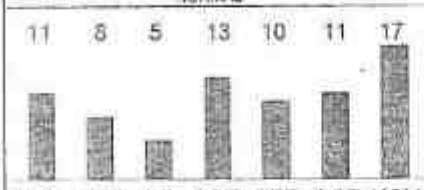
Serial medidor	Diámetro	Proceso	Con datos claros?
131529753	1/2	211849	

Fecha de suscripción: 19-11-2025

PERIODO DE CONSUMO: 18-09-2025 - 16-10-2025

Lectura actual	Lectura anterior	Día Lecturas	Consumo ACU	Consumo ALC
1611	1594		17 m3	17 m3

Novedad de lectura: NORMAL — Método: INFORMACIÓN DE LECTURAS



Promedio mes: 10 m3

Cierra la ducha mientras te enjabonas.

LIQUIDACIÓN DEL PERIODO

DESCRIPCIÓN	Cons. Mes	Costo unitario	Costo total	Horas Subsidio %	Horas Subsidio Valor	Horas Aporte %	Horas Aporte Valor	Valor a pagar
CARGO FIJO AC	1	7.661,08	7.661,08	707,50		0		7.153,58
CONSUMO BASICO AC	16	2.507,01	40.112,16	3.610,09		0		36.502,07
CONSUMO COMPLEMENTARIO AC	1	2.507,01	2.507,01	0		0		2.507,01
CONSUMO SUNTUARIO AC	0	2.507,01	0	0		0		0
SUBTOTAL ACUEDUCTO			50.480,23	4.317,59		0		46.162,64
CARGO FIJO AL	1	8.626,33	8.626,33	596,37		0		8.029,96
CONSUMO BASICO AL	16	2.696,59	43.145,44	3.756,85		0		39.388,79
CONSUMO COMPLEMENTARIO AL	1	2.696,59	2.696,59	0		0		2.696,59
CONSUMO SUNTUARIO AL	0	2.696,59	0	0		0		0
SUBTOTAL ALCANTARILLADO			54.468,36	4.393,06		0		47.055,30
TOTAL USD			104.948,59	8.710,65		0		93.217,94

OTROS COBROS

Concepto	Valor
Ajuste a la Decena	1,26
INTERESES POR MORA AC	5,97
INTERESES POR MORA AL	6,83
SUBTOTAL OTROS	$ 12,06

TOTAL A PAGAR
$ 93.230

OTROS VALORES PENDIENTES

CUARTERA EN INVESTIGACION	0
PROCESO COACTIVO	0

TUS FINANCIACIONES

Fecha financiación	Financiado	Saldo a financiar	Cuota mes

FECHA DE PAGO
14-NOV-2025

4.27 m3

146.42 m3

CUDE: [illegible] Generación: 2025-11-04T11:09:09 Transmisión: 2025-11-05 02:12:47

Estamos en racionamiento en varios sectores de la ciudad
debido a la emergencia declarada el 24 de mayo de 2025 por deslizamiento que afectó el viaducto 2.0,
que es la principal bocatoma de agua sobre el Guatiquía.
Agradecemos tu pago oportuno en estos cruciales momentos.
Los proyectos indispensables para nuestro acueducto requieren de todos.

La presente factura de servicios públicos (DEE) presta mérito ejecutivo de acuerdo con el artículo 130 de la ley 1437/11.

AUGUSTO ALEJANDRO ARIZTIZABAL PINZON
GERENTE GENERAL

SEÑOR USUARIO

SE ENTIENDE LA EL SERVICIO Y CONSUMA A CUDE CON SUSPENSIÓN Y DE MORA DE ACUER.

Un mes de mora en los 14 días hábiles del 1992 cuenta los datos de suspensión del servicio prestado [illegible] de reparación y ejecución de cuotas vencida independiente [illegible] en el mismo cuando [illegible] EAAV dentro de los [illegible] de suspensión de la prestación.



Reporte sus fraudes de agua al

608 6613080

Puntos de pago

- Banco de Occidente
- Banco BBVA
- Puntos Recaudo
- EFECTY
- Banco de Bogotá
- Itaú
- Banco de Popular
- Bancolombia
- Cajeros ATH
- COTRAM
- Banco Agrario

www.[illegible].gov.co

PUNTO DE RECAUDO EN NUESTRA SEDE: Lunes a viernes 8 am a 5 pm (efectivo y tarjeta). Forma de pago: DE CONTADO. Medios de pago: Efectivo, tarjeta débito, cheque de gerencia (cuenta del cliente)

Escanea este código y paga online

Código de usuario
097994
Factura de servicios públicos No.
34344024

(415)7709998000414(8020)0009799 1(3900)0000093230(96)20251114

Pague hasta	Total a pagar
14-NOV-2025	$ 93.230

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO ONG FUNDACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA ASOCIACION Y TRABAJO
ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD



27

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Angelo David Murcia Rivera

Fecha de Nacimiento: 14 - 10 - 2015

Edad: 10 años

Documento de Identidad: 1122936252

Diagnostico: Sindrome Down

Direccion: Bosques de Abajam 2 Casa M - 17.

Telefono: 3112424483 - 3105711623

AFILIACION EPS: Sanitas - subsidiado

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Jeanmett Rivera Arias

Direccion: Bosques de Abajam 2 Casa M-17.

Telefono: 3112424483

Contacto de Emergencia y telefono

310 5711623 - 320 2380088.

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: _____

NOMBRE ACUDIENTE: Jeanmett Rivera Arias.

C.C. 40.402.763 Yopal

Villavicencio, 19 de noviembre de 2025

Señores
SECRETARIA SOCIAL
GOBERNACION DEL META
Ciudad

Cordial saludo,

Yo, **JEANMETT RIVEROS ARIAS**, identificada con Cedula de Ciudadanía N° **40.402.263** expedida en Villavicencio - Meta, en condición de ACUDIENTE por medio de la presente me dirijo a ustedes respetuosamente con el propósito de solicitar su colaboración para la asignación de un cupo en la CORPORACION AYUDANDO A VIVIR para mi hijo **ANGELO DAVID MURCIA RIVEROS**, identificado con tarjeta de identidad No. 1.122.936.252, expedida en Villavicencio – Meta, quien presenta diagnóstico de Síndrome de Down por lo que acudir a dicha corporación seria muy beneficioso para mejorar su desarrollo cognitivo.

Sin más a que hacer referencia, agradezco de antemano su colaboración y atención prestada a la presente.

Atentamente,

JEANMETT RIVEROS ARIAS
C.C. 40.402.263
Cel. 3112424483

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ANGELO	DAVID	MURCIA	RIVEROS

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carné diplomático	Permiso especial de permanencia
			X					

Número de documento de identidad: 1122936252

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la valoración		
	Año	Mes	Día
Grupo de inversión en sector servicios	2025	7	24

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901597508

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	25,17
Movilidad	8,00
Cuidado Personal	25,00
Relaciones	0,00
Actividades de la Vida Diaria	16,67
Participacion	37,50

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.1 b122.1 b167.1

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.188

3. Codigos Actividades y Participación

d310.1 d598.2 d910.1

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.122.936.252
MURCIA RIVEROS

APELLIDOS
ANGELO DAVID

NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-OCT-2015
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
14-OCT-2033 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. (RH) SEXO
21-ABR-2023 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

ESTATURA



I-1122936252-2023042100106009424A 1 8507299860

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CED DE CIUDADANIA

10-02-25
OVEDAS PINAS



FECHA DE NACIMIENTO 16-AGO-1974
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

30-OCT-1992 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



A-5100150-00084507-M-0017070922 0038260242A 1 0711671915

Sisbén

Verificación - Desarticulación de la información - Sección 6. Educación - nivel educativo

Fecha de consulta: 19/11/2025

Ficha: 500010426498000000726

C3

GRUPO SISBEN IV
Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: ANGELO DAVID

Apellidos: MURCIA RIVEROS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122936252

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	28/11/2019
Última actualización ciudadano:	28/11/2019
Última actualización vía 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



Encontramos inconsistencias en su ficha, lo invitamos a acercarse a la oficina Sisbén del municipio en el que vive para actualizar su información.

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	YOLANDA COY HERNANDEZ
Dirección:	Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2
Teléfono:	3208559257
Correo Electrónico:	sisben@villavicencio.gov.co

Para actualizar su información por favor acérquese a uno de los siguientes casos:

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

Para actualizar su ficha, diligencie información de los siguientes enlaces:

emsa

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

311194569

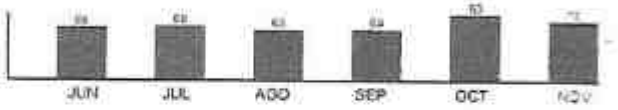
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-11-06 10:41 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-11-06 10:41 | CUDE

Suscriptor: JEANNETT RIVEROS ARIAS

Dirección: CR 13 E 36 215 MZ M2 CS 17 CON BOSQUES DE ABAJAM

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 21670 — Lectura Actual 21745
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 72
Documento No.: DES4955581
Facturas Atrasadas: 0

Ultimo Pago: 563500 16-10-25
Periodo Facturado: 05-10-2025 04-11-2025
Ruta: 9-906105920

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HOL	07073289B	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 06-NOV-2025 01:11

ESTRATO	3	ZONA	Urbano	CICLO	32
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

(CM) Consumo mes	72 kWh	(NM) Meses de suspensión	0
(LM) Lectura del medidor	21745	(NC) Meses a compensar	0
(CF) Consumo facturado	72	(CEC) Consumo a diferir a compensar	84
(DUG) Duración en horas de interrupciones	0	(FUG) Factor de ajuste del consumo	0
(FUG) Usuarios total afectados por interrupciones	0	(CD) Cargo de Distribución	107.19
(DUG) Días por facturación	31	(FUG) Días por Facturación	30

Vr a Compensar $ 0

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	323.2	Pérdidas reconocidas	PR $	60.23
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	50.97	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	38.83
Transporte en el sistema de distribución local	D $	243.31	Costo de comercialización	C $	181.67
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+C+PR+R					881.21
Interés moratorio residencial		0.48%	Interés moratorio no residencial		1.53%

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Recaudación

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía
757.33 (Valor kWh con SUBS) x 72 (Consumo en kWh) 558.615

VALOR NETO 558.641
Porcentaje de SUBSIDIO (16%)
Valor porcentaje de SUBSIDIO -10.020
SUBTOTAL VALOR CONSUMO $58.615
OTROS CONCEPTOS
Impuesto AP 32.005

SUBTOTAL VALOR OTROS CONCEPTOS $2.005

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $58,620

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

14-NOV-2025	15-NOV-2025	$58,820

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO
05-10-2025/04-11-2025

Ruta: 9-906105920

(415)7709998002440(8020)0311194569(3900)0000056820

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
311194569	14-NOV-2025	$58,820

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No 0168 DE 12-JUN-2014 AGENTE AUTORRETENEDOR RES No 0047 ENE-2020
VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

La empresa factura por esta venta aplicando (Art. 134 Ley 142 de 1994) y por todos los efectos es asimilada a una factura de talonario. Electrificadora del Meta SA ESP NIT 892 000 210-5 IVA/IE-EMSA

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCIÓN INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO	
Nombre: PABLO ENRIQUE ORTIZ TEJADA	
Fecha de Nacimiento 26 ENERO 2003	**Edad** 22 AÑOS
Documento de identidad: CC 1'006.966.142	
Diagnostico : RETRASO MENTAL MODERADO	
Direccion: CARRERA 20C Nº 8-41 (BARRIO LA PRIMAVERA)	
Telefono: 314 4627507 / 3244790493	
AFILIACION EPS: CAJACOPI	
DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE	
Nombre: ROSA HELENA HERNANDEZ	
Dirección: CARRERA 20C Nº 8-41 (BARRIO LA PRIMAVERA)	
Telefono: 314 4627507	
Contacto de Emergencia y telefono ROSA HELENA HERNANDEZ 3144627507 / 3244790493	
AUTORIZACIONES	
Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución SI: X NO: _____	
Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a) SI: X NO: _____	

FIRMA: Rosa Helena Hernández

NOMBRE ACUDIENTE: Rosa Helena Hernandez

C.C. 40'391 395 V/C10

Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 310 401 25 49 – 304 535 46 37 – 313 293 78 53
Corpoayudandoavivir4@gamil.com

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Rosa Helena Hernandez, identificada con cedula de ciudadanía No. 40'371 395 V/cio actuando como representante legal de mi hijo PABLO ENRIQUE ORTIZ TEJADA, identificado con cedula de ciudadanía No. 1'006966192 V/cio Y con diagnostico medico RETRASO MENTAL MODERADO, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Rosa Helena Hernandez
cc: 40'371.395 V/cio



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.006.986.142

ORTIZ TEJADA

APELLIDOS

PABLO ENRIQUE

NOMBRES

Pablo Enrrique

FIRMA



25-FEB-2003

LA PRIMAVERA



Powered by CamScanner





13-AGO-1958
SOGAMOSO
BOYACA
1.58 O+ F



Powered by 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	CC
NUMERO DE IDENTIFICACION	1006966142
NOMBRES	PABLO ENRIQUE
APELLIDOS	ORTIZ TEJADA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/****
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SUPERSALUD EPS S.A.S	SUBSIDIADO	01/08/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión	Usuario	Estación de origen	IP: 190.78.79.226

La información registrada en esta página es suministrada 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 2160 de 2021 y 752 de 2023 de la ADRES, mediante las cuales se adopta el anexo técnico "Lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el acceso 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 la fecha de afiliación consultada en esta consulta, se advierte 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 en la cual se encuentra en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Así mismo, la **Fecha de Finalización de Afiliación** establece la fecha en la cual la afiliación se encuentra activa con la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 significa que el afiliado

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
PABLO	ENRIQUE	ORTIZ	TEJADA

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía		Cédula de extranjería	X	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1006995142

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación: MULTISALUD LIMITADA

2.2 Fecha de la Certificación: Año 2023 Mes 12 Día 12

2.3 Tipo de Entidad Valoradora: NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora: 830511299

c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	75.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	40.00
Actividades de la Vida Diaria	66.25
Participación	66.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b163.3 b1679.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s1109.265

3. Codigos Actividades y Participación

d175.3 d698.3 d879.2

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
YERALDIN BARBOSA MORENO	Psicología	CC-1030585068
AMERICA MAJELLA MOJICA ZUÑIGA	Terapia ocupacional	CC-60391490
JORGE ISAAC AGUILAR SANCHEZ	Medicina	CC-88136180

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

Powered by CamScanner

emsa

CÓDIGO DEL CLIENTE

146738073

DATOS DE FINANCIACIÓN

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

14-NOV-2025	15-NOV-2025	$62,760

PERÍODO FACTURADO

03-10-2025/02-11-2025

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
146738073	14-NOV-2025	$62,760

emsa

Powered by CamScanner

Sisbén

Fecha de consulta: 09/12/2025

Ficha: 500011011673800020840

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **PABLO ENRIQUE**

Apellidos: **ORTIZ TEJADA**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **1006966142**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/09/2023

Última actualización ciudadano: 12/08/2024

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: JULIAN DAVID OSPINA PRIETO

Fecha de Nacimiento: 22 - 12 - 2005

Edad: 19

Documento de Identidad: CC No 1123802946

Diagnostico: Hipoxia Prenatal

Direccion: Calle 14 sur # 8 -04 Valles de Aragon

Telefono: 3143442066 - 3205024526

AFILIACION EPS: SI NUEVA EPS

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Nancy Prieto Benito

Dirección: calle 14 sur # 8 04 Valles de Aragón

Telefono: 3143442066

Contacto de Emergencia y telefono: 3205024526 Edgar (Papá)

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividades que se desarrollen fuera de la institución

SI: ✓ NO: _____

Autorización a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: ✓ NO: _____

FIRMA: Nancy Prieto

NOMBRE ACUDIENTE: Nancy Prieto B

C.C. 40437241 Vcio

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Nancy Pinto Beito, identificada con cedula de ciudadanía No. 40437241 actuando como representante legal de mi hijo Julian David Osorio, identificado con cedula de ciudadanía No. 1123802946 Y con diagnostico medico _____, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,



40437241 Vlio

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JULIAN	DAVID	OSPINA	PRIETO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
			X					

Número de documento de identidad: 1123802946

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

MULTISALUD LIMITADA

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2023	11	18

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

830511298

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	75.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	31.25
Relaciones	75.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	53.57

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b126.2 b189.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.288 s1100.288

3. Codigos Actividades y Participación

d161.3 d175.3 d730.3

REPÚBLICA DE COLOMBIA

1.123.802.946

OSPINA PRIETO

JULIAN DAVID

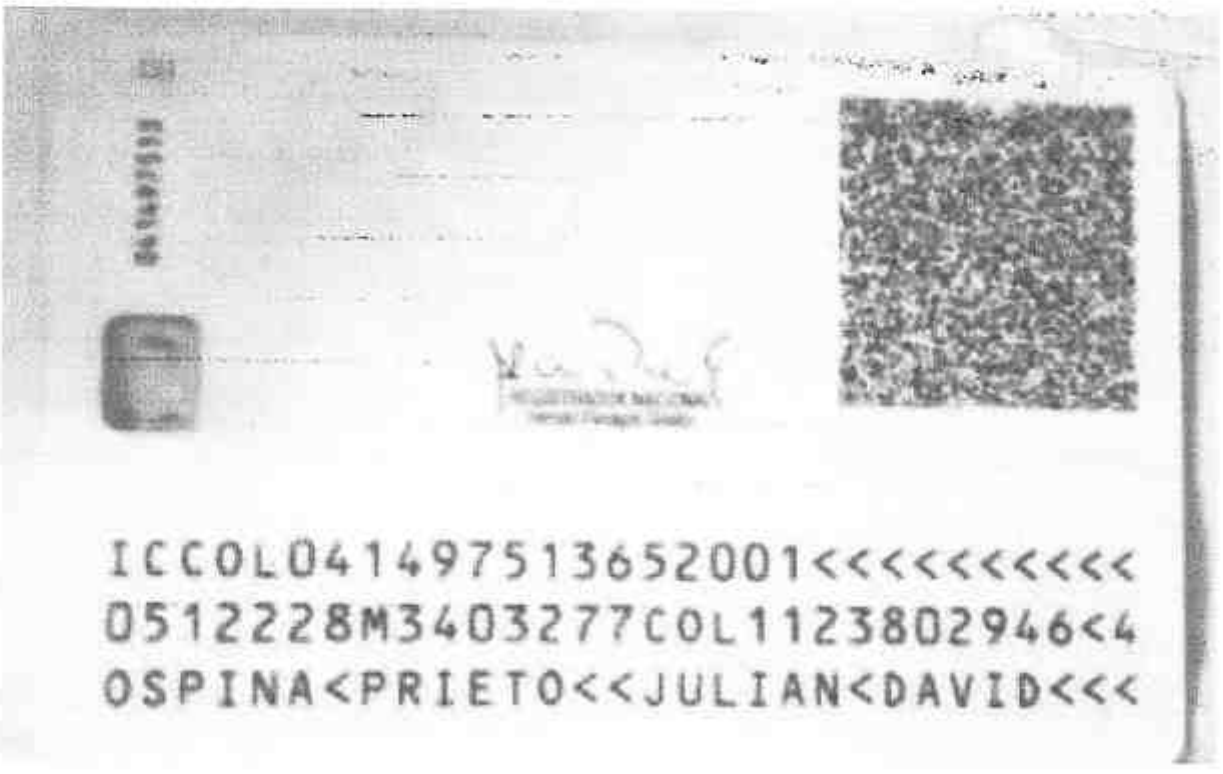
COL 28 M

22 DIC 2005

VILLAVICENCIO (META)

10 ENE 2024 VILLAVICENCIO

27 MAR 2034



ICCOL0414975136520O1<<<<<<<<<<<
0512228M3403277COL1123802946<4
OSPINA<PRIETO<<JULIAN<DAVID<<<

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.437.241

PRIETO BENITO

APELLIDOS

NANCY

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-DIC-1975

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

07-FEB-1994 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-5200100-00127740-F-0040437241-20061114 0005974725A 1 6760005826

Sisbén

Fecha de consulta: 14/11/2025

Ficha: 50001070745700001760

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JULIAN DAVID

Apellidos: OSPINA PRIETO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1123802946

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/07/2023

Última actualización ciudadano: 12/07/2024

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

CUENTA DE COBRO

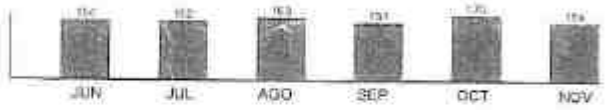
432294708

Suscriptor: ALBERTO OSPINA AGUDELO

Dirección: C 14 SUR 5 64 O MZ N CS 1 UR VALLES DE ARAGON

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 9519 — Lectura Actual 9673
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalia 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 150
Documento No.: DES5087180
Facturas Atrasadas: 0

Ultimo Pago: $41000 20-10-25
Periodo Facturado: 09-10-2025/09-11-2025
Ruta: 35-3638821430

DIS	20110107	1

11-NOV-2025 03:11

	3		Urbano	CICLO	03
	Residencial	Clase Uso	RESIDENCIAL		ACTIVA

	10/2025		8
	9/2025		6
	10		150
	49.56		33
	0		193.56
	31.54		28

Valor Convenio: 0

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G	323.2	Pérdidas reconocidas	PR	80.23
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T	52.97	Otros costos asociados al mercado de energía	C	30.83
Transporte en el sistema de distribución local	D	278.2	Costo de comercialización	CV	141.67
Subsidios [Resol. 111-2017]			[Contribuciones]		924.1
Intereses mora periodo reportado		1.45%	Interes moratorio no reportado		1.22%

Concepto Retiro	Lectura Ret	Periodo	Valor	Facturacion

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FACTURACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO ENTREGUIACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidacion del consumo de Energia
600.19 (Valor Vida util SUBSI) x 334 (Consumo en kWh) $77.193

VALOR NETO	$142.311
Porcentaje de SUBSIDIO(A/S)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$45.125
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$77.193
OTROS CONCEPTOS	
Impuesto AP	$2.980
Aporte a la Decena	$1

SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS $2.807

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $80.030

Otros conceptos

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

21-NOV-2025	22-NOV-2025	$80,030

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
GERENTE

PERIODO FACTURADO		Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
09-10-2025/09-11-2025	Ruta: 35-3638821430	432294708	21-NOV-2025	$80,030

(415)7709958002449(8020)0432294708(3900)0000080030

VIGILADO SUPERSERVICIOS

Sujeto a condiciones uniformes (RESOLUCIÓN CREG 015 DE 2018) Vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

Factura de Venta Cambiaria de Energía Electrica en Bloque No. 490 Emitida en Bogotá D.C. el 09-10-2025 Autorizada mediante Resolución DIAN No. 18764000490 del 2025-09-30 Prefijo FEB Rango Numeración Autorizada del 1 al 5000000 Vigencia 24 meses Actividad Económica 3511 Responsable de IVA Régimen Común Autorretenedor de Renta Resolución 000240 del 3-Nov-2016 Autorretenedor de ICA Resolución 0000240 del 3-Nov-2016

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Michael esley Oviedo Jimenez

Edad

Fecha de Nacimiento 20 - Enero - 1989

Documento de identidad:

Diagnostico : 1.121.861.451

Direccion: SM23 Mz D. CASA 2 SEMILLAZ DE PAZ.

Telefono: 313 371 - 4632 - 314 307 5342.

AFILIACION EPS: CAJA COPI

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Amanda Jimenez Tarco.

Dirección: Cll 28 B S 37 A 40.

Telefono: 313 371 4632.

Contacto de Emergencia y telefono
314 307 5342.

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: _____

NOMBRE ACUDIENTE: Amanda Jimenez Tarco

C.C. 20618359

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Fernanda Gomez f, identificada con cedula de ciudadanía No. 20618359 de Guamal actuando como representante legal de mi hijo Michell Esiey, identificado con cedula de ciudadanía No. 1121881457 Y con diagnostico medico Retraso Moderado, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
MICHAEL	ESLEY	OVIEDO	JIMENEZ

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía		Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
				X				

Número de documento de identidad: 1121861451

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

Grupo de inversión en sector servicios

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2025	7	23

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

IPS

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

901597508

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	79.17
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	43.75
Relaciones	65.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	56.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b125.2 b1648.2 b163.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s710.288

3. Codigos Actividades y Participación

d155.3 d570.2 d879.3

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.861.451

OVIEDO JIMENEZ
APELLIDOS

MICHAEL ESLEY
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-ENE-1989

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

25-FEB-2008 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-5200100-00150061-M-1121861451-20090225 0010033361A 1 24816305

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20.618.359

JIMENEZ TORRES

APELLIDOS

AMANDA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-MAR-1951

GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

19-SEP-1975 GIRARDOT
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-5200100-00258511-F-0020618359-20101004 0024223325A 1 34944267

Sisbén

Fecha de consulta: 09/09/2023

Ficha: 5000104574500000380

Reporte actualizado

DATOS PERSONALES

Nombres: MICHAEL ESLEY

Apellidos: OVIEDO JIMENEZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1121861451

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

Última actualización ciudadano: 17/05/2021

Última actualización vía registros administrativos: 20/11/2021

25/11/2022

*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: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barcal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208599157

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

Para actualizar tu información puedes acercarte a cualquiera de estas oficinas:

1. Oficina Atención de Usuarios (Centro - Calle 33 No 33-34 Barrio Barcal)
2. Unidad Móvil (Para información específica por Grupo Étnico, Personas PPDD en la vereda o barrio de su residencia)

Para verificar fechas y horarios de atención de las unidades móviles:

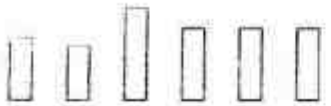
- Línea gratuita nacional 018000 112137
- Whatsapp: 3208599157
- Portal Web - Sisbén Colombia para la consulta de la información
- Correo

11/AGO/2025 Código de usuario 0183540020001

Cliente: AMAIRA JIMENEZ TORRES
Dirección: C 38B S 37A 40 MZ 3 MZ D CS 2 SERILLAS DE PAZ
Municipio: VILLAVICENCIO Ruta 173 0457
Servicios: RESIDENCIAL Estrato 2

FECHAS REVISION PERIODICA

Mínima Máxima Suspensión



Lec Actual	1543
Lec Anterior	1565
Factor Corrección	0.97
Consumo m3	0
Periodo	0
Factores Variables	0
Consumo Promedio	0
No de medidor	0000024155648
Consumo Facturado	94.82
Fecha Lectura	23/7/25
Consumo	42.6

Tipo Usuario: RESIDENCIAL NORMAL

Tarifa m3	Consumo m3	Subsidio	Contribución
3.913,99	5.112,96	0	0
8403	0	47.51 %	0 %
3.913,1	0		

Normatividad CRA: 0097/2014 Y 049/2004

$ 27.465		$	0
$ 0		$	0
$ 10.320		$	0
$ 0		$	0
0.000 %		$	1.762
		$	30.301

Interés de Mora: 0.000% Fecha Cor: 0.000% Deudores Mora $ 0

$							
$							
$							
$		$		$		$	0
$		$					
				$		$	0
				$		$	0
				$		$	0

DEPARTAMENTO DEL META	CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD	

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO	
Nombre: Sebastián Pacheco Romero	
Fecha de Nacimiento 03 octubre 2004	Edad 21
Documento de identidad: 1.032.937.471	
Diagnostico : Déficit cognitivo moderado - severo	
Direccion: Manzana G casa 13 Barrio Casibarito	
Telefono: 3163710577 - 3102840419	
AFILIACION EPS: Salud total	
DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE	
Nombre: Maribel Romero Adames	
Dirección: Manzana G casa 13 Barrio Casibarito	
Telefono: 3163710577	
Contacto de Emergencia y telefono 3163710577 – 3102840419 - 3115805089	
AUTORIZACIONES	
Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividades que se desarrollen fuera de la institución SI: X NO: _____	
Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a) SI: X NO: _____	

FIRMA: Maribel Romero

NOMBRE ACUDIENTE: Maribel Romero

C.C. 52. 814. 243

Villavicencio, 22 noviembre 2025

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Maribel Romero, identificada con cedula de ciudadanía No. 52.814.253 actuando como representante legal de mi hijo Sebastian Pacheco Romero, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.032.937.471 Y con diagnostico medico Déficit cognitivo moderado-severo, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.814.243**
ROMERO ADAMES
APELLIDOS
MARIBEL
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **15-DIC-1982**
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 ESTATURA **O-** G.S. RH **F** SEXO
04-ABR-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00209 M 1 2000



REPÚBLICA DE COLOMBIA

1.032.937.471



PACHECO ROMERO

SEBASTIAN

COL	1.84	M



03 OCT 2004 O+

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

28 OCT 2022 VILLAVICENCIO

28 OCT 2032

0081713531



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL0081713536520O1<<<<<<<<<<<
0410036M3210282COL1032937471<5
PACHECO<ROMERO<<SEBASTIAN<<<<<

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
SEBASTIAN		PACHECO	ROMERO
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
META		VILLAVICENCIO	

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cedula de ciudadania	X	Cedula de extranjeria	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Numero de documento de identidad: 1032937471

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Dia
MULTISALUD LIMITADA	2023	4	17
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	830511296		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Fisica	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	75.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	43.75
Relaciones	75.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	65.63

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b122.3 b126.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s198.379

3. Codigos Actividades y Participación

d161.3 d310.3 d730.3

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
YEIMMY ALEXANDRA LOSADA MORALES	Enfermería	CC-1030551401
JUAN CARLOS FELIZZOLA DIAZ	Fisioterapia	CC-1082897204
XIOMARA ALEXANDRA PIÑEROS TURRIAGO	Medicina	CC-53107376

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

Sisbén

Fecha de consulta: 29/10/2024

Folio: 50001113652700000412

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: SEBASTIAN

Apellidos: PACHECO ROMERO

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1032937471

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/10/2019

Última actualización realizada: 17/10/2019

Última actualización en 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 oficina/operador: JULIA INES MOGOLLON MORALES

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

emsa

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO
429137394

MARIBEL ROMERO ADAMES

DETALLE DE CONSUMO



DETALLE DE LA FACTURA

$0

DETALLE PORTAFOLIO

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO

$32,526

Interés Moratorio Residencial	0.49%
Interés Moratorio No Residencial	2.15%

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

13-SEP-2024 | 14-SEP-2024 | $56,270

Código del cliente
Número de documento

429137394

$56,270
Valor a pagar

415770999800244980200429137394390000000056270

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO
ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Edwar Stiven Palacios Borja

Fecha de Nacimiento: 10-09-1192

Edad: 33

Documento de identidad: 1121901562

Diagnostico : Autismo

Direccion: Super Manzana 8 Mz 1 Casa 16 La Madrid

Telefono: 3208297991 - 3236954338

AFILIACION EPS: Capital Salud

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Brenda Borja Rodriguez

Direccion: Super Mz 8 Mz 1 Casa 16 La Madrid

Telefono: 3208297991 -

Contacto de Emergencia y telefono

3208297991

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: V NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: V NO: _____

FIRMA: Brenda

NOMBRE ACUDIENTE: Brenda Borja R.

C.C. 28637551 Tolima

Villavicencio-meta

Fecha 14 noviembre de 2025

secretaria de gestión social y participación ciudadana ciudad

REF: solicitud de CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL (AYUDANDO A VIVIR)

CORDIAL SALUDO

YO BRENDA BORJA RODRIGUEZ identificada con cedula de ciudadania numero 28.637.551 expedida en COELLO TOLIMA, me permito saludarla y solicitarle muy comedidamente un centro de educación especial para mi hijo EDWAR STEVEN PALACIOS BORJA con numero de cedula 1.121.901.562 expedida Villavicencio con discapacidad AUTISMO

No siendo mas el motivo de la presente y quedando altamente agradecida y esperando una pronta respuesta.

ATENTAMENTE

BRENDA BORJA RODRIGUEZ

CC: 28637551 ESPEDIDA EN COELLO TOLIMA

CEL: 3208297991

DIRECCION: SMZ 8 MZ 1 CS 16 URB LA MADRID ET V

ANEXO: LOS EXIGIDOS POR USTEDES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
EDWAR	STEVEN	PALACIOS	BORJA

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1121901562

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
BELISARIOS VELASQUEZ & ASOCIADOS SAS	2023	12	26

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	830504600

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	75.00
Movilidad	30.00
Cuidado Personal	81.25
Relaciones	90.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b122.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.378

3. Codigos Actividades y Participación

d155.3 d598.4 d879.3

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.121.901.562**
PALACIOS BORJA

APELLIDOS
EDWAR STEVEN

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO **10-SEP-1992**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

11-JUL-2011 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

NO DEBE VALIDO



P-5200100-00030288-M-1121901562-20110902 0027911M0A 2 37175184

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 28.637.551



BORJA RODRIGUEZ

BRENDA

COL | 1.56 | F

02 MAR 1972 | A+

COELLO (TOLIMA)

08 NOV 1991, COELLO

19 SEPT 2032

CO

ICCOL0038932612290 31<<<<<<<<<<
7203028F3209192COL28637551<<<2
BORJA<RODRIGUEZ<<BRENDA<<<<<<<

Sisbén

Fecha de consulta: 13/06/2025

Ficha: 5000103974610000398S

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **EDWAR STEVEN**

Apellidos: **PALACIOS BORJA**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **1121901562**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **09/09/2019**

Última actualización ciudadano: **31/01/2025**

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **YOLANDA COY HERNAND**

Dirección: **Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Pis**

Teléfono: **32085592**

Correo Electrónico: **sisben@villavicencio.gov**

12573

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

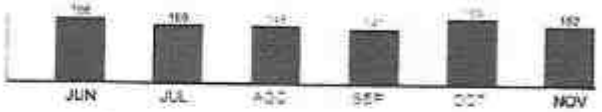
375746538

Si no paga su factura de energía en las fechas establecidas en el presente documento podrá ser objeto de suspensión del servicio por mora. Como esto puede ser causa de molestias, le pedimos cumplir en las fechas de servicio al cliente o acuerdo de pagos establecidos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. En caso de presentar la solicitud reclamo la suspensión del servicio por mora podrá ser suspendido mientras

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN 2025-11-03 11:39 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN 2025-11-03 11:40 | CUDE [illegible]

Suscriptor: BRENDA BORJA RODRIGUEZ
Dirección: [illegible]
Cuenta: Vivienda

DETALLE DE CONSUMO



(3) A-S Lectura Anterior 8610 — Lectura Actual 8762
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalia 0

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:
366.04 (Valor kWh con SUBS) x 152 (Consumo en kWh) $556.678

VALOR NETO $133,464
Porcentaje de SUBSIDIO (51%) $-76,786
Valor porcentaje de SUBSIDIO $556,678
SUBTOTAL VALOR CONSUMO
OTROS CONCEPTOS:
Impuesto AP $1,359

SUBTOTAL VALOR OTROS $1,359
DESCUENTOS $-0
Ajuste A la Decena

Fecha Pago [illegible] 10-NOV-25
Periodo Facturado [illegible] 31-OCT-2025
Facturas Anteriores 0 Ruta 1-100078746

MARCA CONTADOR (ES)	NUMERO S	FACTOR
DIS	20109362	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN [illegible]

ESTRATO	4	ZONA	[illegible]	CICLO	1
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	[illegible]	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Del Cliente	10000	(NC) Horas Comprometidas	0
[illegible]	0.710512	(NC) Horas a compensar	0
[illegible]	13	(CDC) Consumo estimado a compensar	141
(DU) Duración en horas de interrupciones	0	(Tvd) Porcentaje de descuento del cargo	30
(NU) Número total de interrupciones	0	(Dti) Cargo de Distribución	187.19
(DDTU) Renta por distribución	21.54	(FRUG) Renta por Prestando	30

V/r a Compensar $ 0

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	282.2	Pr ciclos reconocidos	PR $	21.22
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	80.37	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	30.83
Transporte en el sistema de distribución local	D $	242.31	Costo de comercialización	C $	181.67
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CD+G+T+D+Cv+PR+R					801.21
Interés moratorio residencial		0.491%	Interés moratorio no residencial		1.58%

Kw	Factura	Valor	Resolución

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS $-0
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $60,030

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

12-NOV-2025	13-NOV-2025	**$60,030**

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art 130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se admite la aceptación tácita. ElectroBuenos del Meta SA. Nit: 892.000.210-8. SUIGE-BMSA

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO
ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: David Stiv Palacios Borja

Edad: 19

Fecha de Nacimiento: 07-06-2006

Documento de Identidad: 1021670926

Diagnostico: Retardo en el desarrollo

Direccion: Super MZ 8 MZ 1 Casa 16 la Madrid

Telefono: 3208297991

AFILIACION EPS: capital Salud

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Brenda Borja Rodiguez

Direccion: Super MZ 8 MZ 1 Casa 16 la Madrid

Telefono: 3208297991 - 3236954338

Contacto de Emergencia y telefono

3208297991

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: 1 NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que sparezca mi hijo (a)

SI: V NO: _____

FIRMA: Brenda

NOMBRE ACUDIENTE: Brenda Borja R.

C.C. 28637551 Tolima

Villavicencio-meta

Fecha 14 noviembre de 2025

secretaria de gestión social y participación ciudadana ciudad

REF: solicitud de CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL (AYUDANDO A VIVIR)

CORDIAL SALUDO

YO BRENDA BORJA RODRIGUEZ identificada con cedula de ciudadania numero 28.637.551 expedida en COELLO TOLIMA, me permito saludarla y solicitarle muy comedidamente un centro de educación especial para mi hijo DEIVID STIV PALACIOS BORJA con numero de cedula 1.021.670.926 expedida Villavicencio con discapacidad RETARDO EN EL DESARROLLO. MODERADO

No siendo mas el motivo de la presente y quedando altamente agradecida y esperando una pronta respuesta.

ATENTAMENTE



BRENDA BORJA RODRIGUEZ

CC: 28637551 ESPEDIDA EN COELLO TOLIMA

CEL: 3208297991

DIRECCION: SMZ 8 MZ 1 CS 16 URB LA MADRID ET V

ANEXO: LOS EXIGIDOS POR USTEDES

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.021.670.926



PALACIOS BORJA

DEIVID STIV

COL | 1.72 | M

07 ABR 2006 | AB-

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

05 DIC 2024, VILLAVICENCIO

05 DIC 2034

0710181000

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0710181000520001<<<<<<<<<<<
0604073M3412064COL1021670926<4
PALACIOS<BORJA<<DEIVID<STIV<<<

REPÚBLICA DE COLOMBIA

28.637.551

BORJA RODRIGUEZ

BRENDA



COL 1.62 F

02 MAR 1972 A+

COELLO (TOLIMA)

28 NOV 1991 COELLO

15 SEPT 2022

ICCOLD03893261229031<<<<<<<<<<<
7203028F3209192COL28637551<<<2
BORJA<RODRIGUEZ<<BRENDA<<<<<<<

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
DEIVID	STIV	PALACIOS	BORJA

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cedula de ciudadania	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1021670926

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

Grupo de inversión en sector servicios

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2025	7	5

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

901597508

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	91.67
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	56.25
Relaciones	70.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	62.50

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b125.3 b167.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.388 s1108.388

3. Codigos Actividades y Participación

d155.3 d570.2 d879.3

Sisbén

Fecha de consulta: 13/06/2025

Ficha: 50001039746100003985

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DEIVID STIV

Apellidos: PALACIOS BORJA

Tipo de documento: Cédula de ciudadania

Número de documento: 1021670926

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/09/2019

Última actualización ciudadano: 31/01/2025

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Telefono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTAR PAGO

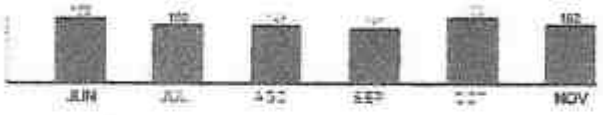
375746538

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN: 2025-11-03 11:20 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN: 2025-11-03 11:40 | CUDE:

Señores BRENDA SORLA RODRIGUEZ

DIRECCIÓN CRA 2 LRB LA MACARENA

DETALLE DE CONSUMO



(3) A-S Lectura Anterior 8610 — Lectura Actual 8762
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

MARCA CONTADOR (EE)	NUMERO #	FACTOR
DIS		1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN:

ESTRATO	1	ZONA		SUELO	1
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIU		ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Cod Circuito		(66) Horas Comercializador	0
Transformador		(67) Horas Comercializador	0
Unidad		(CSC) Consumo estimado o promediado	141
(CC) Cantidad en horas de interrupciones		(FUS) Porcentaje de subsidio del energía	20
(FU) Número total de interrupciones		(EG) Cargo de Distribución	167.19
(CUS) Horas por duración	21.54	(FAG) Subsidio Aportes	20

Vive Comprende $ 0

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	393.2	Pérdidas reconocidas	PR $	21.23
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	82.37	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	30.83
Transporte en el sistema de distribución local	D $	242.51	Costo de comercialización	C $	161.07
Total Cuv Calculado(Cmg 110-07) (Promedio) Nivel (1) CU=G+T+D+C+PR+O					891.21
Interés moratorio residencial		1.48%	Interés moratorio no residencial		1.58%

Fecha	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:
368.04 (Valor kWh con SUBS) x 152 (Consumo en kWh) $59,078

VALOR NETO	$135,464
Porcentaje de SUBSIDIO (37%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-76,736
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$58,078
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$1,356
SUBTOTAL VALOR OTROS	$1,356
DESCUENTOS:	
Ayuda A la Docena	$-3

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-3
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$60,030

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Interes	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

12-NOV-2025	13-NOV-2025	$60,030

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BONORQUEZ
FIRMA GERENTE

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art. 130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se considera aceptada a menos que el cliente se manifieste dentro de los diez (10) días siguientes a su recibo. Electrificadora del Meta S.A. ESP 892.000.210-0, DIRECCIÓN CRA

DEPARTAMENTO DEL META	CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD	

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO		
Nombre: Gracia Andrea Perez		
Fecha de Nacimiento 12 - octubre - 2010	**Edad** 14	
Documento de identidad:		
Diagnostico : Retardo Psicomotor		
Direccion: calle 29 # 40-42 Barrio 7 de Agosto		
Telefono: 3133588796 - 3214852503		
AFILIACION EPS: Cajacopi		
DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE		
Nombre: Maria Nancy Parra Cuss		
Dirección: calle 29 # 40-42 7 AGOSTO		
Telefono: 3133588796 - 3177751009		
Contacto de Emergencia y telefono Juan Alexander - 304 4915054 - 3133588796		
AUTORIZACIONES		
Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución SI: X NO: _____		
Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a) SI: X NO: _____		

FIRMA: Maria Nancy Parra Cuss

NOMBRE ACUDIENTE: Maria Nancy Parra Cuss

C.C. 40413595

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo María Nancy Parra Cos, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.015.585 Expedida en Meta actuando como representante legal de mi hijo Edison Andres Zapata, identificado con cedula de ciudadanía No. T.I 1121333.934 Y con diagnostico medico Retardo Psicomotriz, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **40.415.585**
PARRA RIOS

APELLIDOS
MARIA NORCY

NOMBRES
MARIA NORCY PARRA

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **25-SEP-1965**
GRANADA
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

25-OCT-1990 GRANADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



A-5000150-0140231 0-F-40415585-20251010 0143[illegible]8A 1 [illegible]

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.121.893.974
PARRA

APELLIDOS
EDISON ANDRES

NOMBRES

EDISON PARRA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-OCT-2010
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
14-OCT-2028 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
03-MAY-2018 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

Sisbén

Fecha de consulta: 09/09/2025

Ficha: 5000110264870000000114

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA NORCY

Apellidos: PARRA RIOS

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 40415585

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/04/2025

Última actualización ciudadano: 02/05/2025

Última actualización vía 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: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

Puede actualizar su información este proceso se realiza en las siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando usted o algún integrante reportado por Registro Social de Hogares (RSH) no haber cumplido a la última actualización de la encuesta.

Para actualizar su información diríjanse directamente a las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la evaluación de la Educación
- ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
EDISON	ANDRES	PARRA	
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
META		VILLAVICENCIO	

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1121893974

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

TECNOLOGIA ESPECIALIZADA EN SALUD DEL META S.A.S

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	11	24

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

901800415

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	25.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	33.33
Participación	50.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b144.2 b164.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s199.280

3. Codigos Actividades y Participación

d155.1 d820.2 d920.2

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
LUIS FERNANDO HERAZO VERGARA	Fonoaudiología	CC-1102876641
CARMEN ELENA MALAVER MARTINEZ	Fisioterapia	CC-52349218
JOSE ALFREDO ORTEGA VEGA	Medicina	CC-84038431

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

205118345

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-11-20 10:49 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-11-20 10:52 | CUDE | b5ca0c1b0f172e1304d1d1b3d4ded0a3ed8b5d9f81b2d3fda3b0e4d0f1a...

Suscriptor: **ANET RUTH PARRA RIOS**

Dirección: CL 29 40 47 BRR SIETE DE AGOSTO

Ciudad: Villavicencio

Biogranja del Llano S.A.
Responsable de IVA
Calle 34A 24 - 27 Barrio Siete de Agosto
Villavicencio, Meta
Autoretenedores ICA en Villavicencio
Resolución 163347-2017-1000-0
26 de enero de 2026

bi Bioagricola

NIT 822.000.201-9

CÓDIGO USUARIO BIO:
160103400000
DOCUMENTO No:
041732334

DETALLE DE CONSUMO



32

Lectura Anterior 13117
Lectura Actual 13251

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 136
Documento No: DES5013031
Facturas Atrasadas: 0

Ultimo Pago: $70620 23-10-25
Ruta: 20-2011401418

DATOS DEL MEDIDOR

MARCA CONTADOR (ES)	NUMERO (S)	FACTOR
N/A	[illegible]	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 2025-11-10 10:40

ESTRATO	2	ZONA	Urbana	SALDO	1
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

I.Circuito	VIII003	(NC) Horas Compensador	0
ID.Transformador	VIT05	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CIU) Consumo estimado a compensar	137
(DIU) Duración en horas de interrupciones	3.047	(%H) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	5	(DU) Carga de Distribución	199.93
(DIUG) Meta por duración	21.42	[illegible]	20

Vlr a Compensar $ 0

COMPONENTES DE LA TARIFA

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	323.2	Pérdidas reconocidas	PR $	60.23
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	52.97	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	30.83
Transporte en el sistema de distribución local	D $	275.2	Costo de comercialización	C $	181.67
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (memoria) Nivel [1]			CU=G+T+D+C+PR+R		924.1
					924.1

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
		No. DE CUOTAS	

SALDOS A FAVOR

SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía
SO1.19 (Valor kWh con SUBS) x 124 (Consumo en kWh) $67.159

VALOR NETO
Porcentaje de SUBSIDIO (46%) $123.829
Valor porcentaje de SUBSIDIO $-56.670
SUBTOTAL VALOR CONSUMO $67.159

OTROS CONCEPTOS
Intereses MP $2.477
Ajuste a la Decena $4

SUBTOTAL VALOR OTROS CONCEPTOS $2.481

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $69.640

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

Interés Moratorio Residencial	0,49%
Interés Moratorio no residencial	1,33%

Código del cliente 205118345
Número de documento DES5013031
$69,640 Valor a pagar

(415)7709998002449(8020)0205118345(3900)0000069640

LÍNEAS DE ATENCIÓN

DATOS GENERALES

Mes de facturación: OCTUBRE
Und. residencial: 1
Und. no residencial: 0
Est/Cat: 2
Fr. recolección: 1
Fr. barrido: 2
Volumen M3: 0
Subsidio (%): 46
Contribución (%): 0
Tasa de interés: 0.49
Pact. vencidas: 0

HISTÓRICOS FACTURAS ($)

MES 1	MES 2	MES 3
$33.595	$30.599	$29.917
MES 4	MES 5	MES 6
$56.981	$28.039	$28.156

Tarifas	Actual	Anterior
TRDL	0.033212	0.032581
TRLU	0.001833	0.001471
TRRA	0.000195	0.000168
TRA	0.037029	0.026620
TRRA	0.000017	0.000017
TAFA	0	0
TAFNA	0	0

COSTOS SERVICIO

Costo Fijo Total: 27.547
Costo Variable no aprov: 197865.27
Aprovechamiento: 6438
Valor base aprovechamiento: 170833.8833

LIQUIDACIÓN DEL SERVICIO

Cargo fijo	$27.547
Cargo Variable	$15.025
Subsidio/Contribucion	$-13.261
Devoluciones(-):	$60
Ajuste aprovechamiento:	$4.656
[illegible]	$34.064

VENTAS Y OTROS

Productos: $0 IVA $0
Servicios: $0 IVA $0
TOTAL OTROS SERV: $0

FINANCIACIONES

Base IVA	IVA financiación	Cuotas pend.	Saldo deuda	Valor cuota mes
$0	$0	0	$0	$0

Valores en reclamación $0

TOTAL A PAGAR **$34,064**

Andrea Lasmes Herrera

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

20-NOV-2025	21-NOV-2025	$103,704

Intereses AP Acuerdo 010 Dia 21

Código del cliente 160103400000
Número de documento 041732334
$34,064 Valor a pagar

(415)7709998013612(8020)0041732334(3900)0000034064

EDWIN CONTRIBUYENTE RES No. 012639 de DIC 14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0947 Enero 25-2007
ADAPTO LA IMPLEMENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN POR LEY 142

La suspensión o corte del servicio se realizará el día 19 y para todos los efectos se dará por recibida a partir de la fecha de expedición

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Samuel Felipe Parrado Castro

Fecha de Nacimiento 05-02-2009

Edad 16 años

Documento de identidad: T.i 1122926387

Diagnostico : Retardo cognitivo

Direccion: Manzana C casa 19 B. Girasoles - Villavicencio

Telefono: 3144691512 - 3142845694

AFILIACION EPS: Famisanar-Regimen Subsidiado

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Nubia Castro Bogota

Dirección: Mz C casa 19 B. Girasoles V/cio

Telefono: 3144691512

Contacto de Emergencia y telefono

Nubia Castro (mama) 3144691512 - Papá Arnulfo 3142845694

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: Nubia E. Castro B.

NOMBRE ACUDIENTE: Nubia Esperanza Castro Bogota

C.C. 40.382.893 · Villavicencio ·

Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 310 401 25 49 – 304 535 46 37 – 313 293 78 53
Corpoayudandoavivir4@gamil.com

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Nubia Castro Bogota, identificada con cedula de ciudadania No. 40.382.883 actuando como representante legal de mi hijo Samuel Felipe Parra Castro, identificado con cedula de ciudadania No. T.i 1127926387 Y con diagnostico medico Retardo cognitivo leve, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta. CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente, Nubia Castro Bogota

40.382.883

Telefono. 3144691512.

_____

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.122.926.387**

PARRADO CASTRO

APELLIDOS

SAMUEL FELIPE

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **05-FEB-2009**

VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

05-FEB-2027 **A+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

22-MAR-2016 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

P-5200100-00822004 M 1122926387 20160501 0049619060A 3 48642360

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
MIGUEL	FELIPE	PARRADO	CASTRO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	X	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carné diplomático	Permiso especial de permanencia

1.8 Nro de documento de identidad: 1122925357

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

MEDICOOP IPS LTDA

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2021	10	8

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

N/A

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

900108793

c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	5%
Movilidad	0%
Cuidado Personal	0%
Relaciones	10%
Actividades de la Vida Diaria	5%
Participación	0%

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b 4602 b1642

2. Codigos Estructuras Corporales

s1100 s66

3. Codigos Actividades y Participación

d510 2 d175 2 d599 2

Generado el: 2021-10-21 17:39 GMT

Sisbén

Fecha de consulta: 26/06/2025

Ficha: 5000104474530000065S

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **SAMUEL FELIPE**

Apellidos: **PARRADO CASTRO**

Tipo de documento: **Tarjeta de identidad**

Número de documento: **1122926587**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta aplicada: 16/05/2022

Última actualización registrada: 23/05/2025

Última actualización en 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 completo: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - DEE
DOCUMENTO FACTURA ELECTRÓNICA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS – FE

Zona: B | Ciclo: 27 | Ruta: 2734 | Orden: 82

eaav

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio ESP EAAV

NIT 892.000.265-1 Somos gran contribuyente, autorretenedor de IVA, ICA

34342452
Factura No.
Consecutivo de esta factura de servicios públicos

098435
Código de usuario
Con este se identifica su servicio en la EAAV

FACTURAS VENCIDAS: 1

SETT1961763

Escanee y descargue el documento electrónico equivalente DEE

DATOS DEL SUSCRIPTOR/USUARIO

PARRADO PARRADO ANGEL HORACIO
K 17B ESTE 48 09 MZ C CS 19
LOS GIRASOLES VILLAVICENCIO
Cédula catastral: **500010017000010330008500000001**
Clase de uso: **RESIDENCIAL** Estrato **2**
Unidades residenciales: **ZB - 17940**
Unidades no residenciales:

DATOS TÉCNICOS

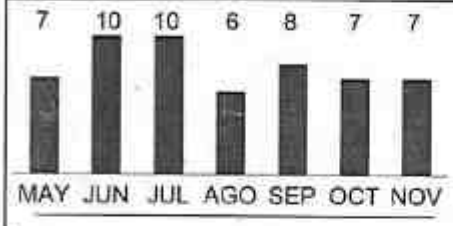
Serial medidor	Diámetro	Precinto	Con fuente alterna?
2013087062	**1/2**	**152995**	

Fecha de suspensión: **PAGO INMEDIATO**

PERIODO DE CONSUMO: 18-09-2025 - 16-10-2025

Lectura actual	Lectura anterior	Dif. Lecturas	Consumo ACU	Consumo ALC
1707	1700		7 m3	7 m3

Novedad de lectura: NORMAL | Método: DIFERENCIA DE LECTURAS



Promedio mes: 8 m3

Cierra la ducha mientras te enjabonas.

LIQUIDACIÓN DEL PERIODO

DESCRIPCIÓN		Cantidad	Costo por unidad	Costo total	Menos Subsidio %	Menos Subsidio Valor	Más Aporte %	Más Aporte Valor	Valor a pagar
CARGO FIJO AC		1	7.861,06	7.861,06	2.829,98		0		5.031,08
CONSUMO BÁSICO AC	0 - 16 m3	7	2.507,01	17.549,07	6.317,67		0		11.231,40
CONSUMO COMPLEMENTARIO AC	17-32 m3	0	2.507,01	0	0		0		0
CONSUMO SUNTUARIO AC	>=33 m3	0	2.507,01	0	0		0		0
SUBTOTAL ACUEDUCTO				25.410,13	9.147,65		0		16.262,48
CARGO FIJO AL		1	6.626,33	6.626,33	2.385,48		0		4.240,85
CONSUMO BÁSICO AL	0 - 16 m3	7	2.636,59	18.456,13	6.644,21		0		11.811,92
CONSUMO COMPLEMENTARIO AL	17-32 m3	0	2.636,59	0	0		0		0
CONSUMO SUNTUARIO AL	>=33 m3	0	2.636,59	0	0		0		0
SUBTOTAL ALCANTARILLADO				25.082,46	9.029,69		0		16.052,77
TOTAL MES				50.492,59	18.177,33		0		32.315,26

OTROS COBROS

Concepto	Valor
Ajuste a la Decena	3,14
Deudas Anteriores	32.329,00
INTERESES POR MORA AC	81,34
INTERESES POR MORA AL	80,26
SUBTOTAL OTROS	$ 32.494,74

TOTAL A PAGAR

$ 64.800

Estas fichas incluyen los valores por los conceptos establecidos en el artículo 130 de la Ley 142/94

Acueducto (Básico) por m3: 4,37 por m3
Alcantarillado (Tasa retributiva): 146,42 por m3

OTROS VALORES PENDIENTES:

CARTERA EN INVESTIGACION	0
PROCESO COACTIVO	0

TUS FINANCIACIONES

Plan de financiación	Valor inicial	Saldo a la fecha	Cuotas faltan

PAGUE HASTA

PAGO INMEDIATO

CUDE/CUFE: [illegible] Generación: 2025-11-04T11:20:23 Transmisión: 2025-11-05T07:24:54

SEÑOR USUARIO:

Si usted no ha cancelado la factura a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ EL SERVICIO Y GENERARÁ COBRO DE SUSPENSIÓN Y/O REINSTALACIÓN.
De acuerdo con el Art. 51 de la ley 142 de 1994 contra los actos de facturación del servicio proceden los recursos de reposición y apelación los cuales deben ser interpuestos conjuntamente en el mismo escrito ante la EAAV dentro de los 5 días siguientes a la fecha de conocimiento de la factura.

Estamos en racionamiento en varios sectores de la ciudad debido a la emergencia declarada el 24 de mayo de 2025 por deslizamiento que afecto el viaducto 2.0, que es la principal bocatoma de agua sobre el Guatiquía.
Agradecemos tu pago oportuno en estos crucuales momentos.
Los proyectos indispensables para nuestro acueducto requieren de todos.

La presente factura de servicios públicos (DEE) presta mérito ejecutivo de acuerdo con el artículo 130 de la ley 142/94

AUGUSTO ALEJANDRO ARDITE PINZON
GERENTE GENERAL



Puntos de pago

- Banco de Occidente
- Banco BBVA
- Puntos Redeban
- EFECTY
- Banco de Bogotá
- Itaú
- Banco de Popular
- Bancolombia
- Cajeros ATH
- COTREM
- Banco Agrario

www.eaav.gov.co

PUNTO DE RECAUDO EN NUESTRA SEDE: Lunes a viernes 8 am a 5 pm (efectivo y tarjeta) Forma de pago: DE CONTADO. Medios de pago: Efectivo, tarjeta débito, cheque de gerencia (según el canal)

Escanea este código y paga online

eaav

(415)7709998000414(8020)90098435(3900)0000064800(96)20251114

Código de usuario
098435
Factura de servicios públicos No.
34342452

Pague hasta	Total a pagar
PAGO INMEDIATO	**$ 64.800**

ESPACIO PARA SELLO DEL BANCO O REGISTRO DE PAGO ELECTRÓNICO

Proveedor Tecnológico: [illegible]

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO	
Nombre: Luis Eduardo Pedraza Rodriguez	
Fecha de Nacimiento 18 de Octubre 1.990	**Edad** 35 años
Documento de identidad: 1°121 872 314	
Diagnostico : Retardo Mental Moderado	
Direccion: Calle 21 # 21 A 29 Urbanización la Macarena	
Telefono: 317 - 5690327 310 - 7945134	
AFILIACION EPS: Nueva EPS.	

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE
Nombre: Mercedes Rodriguez Rodriguez
Dirección: Calle 21 # 21 A 29 Urbanización la Macarena
Telefono: 317 - 5690327
Contacto de Emergencia y telefono 317 - 5690327 310 - 7945134

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: MRR

NOMBRE ACUDIENTE: Mercedes Rodriguez R.

C.C. 21 237 696 Neiva

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Mercedes Rodriguez Rodriguez, identificada con cedula de ciudadania No. 21.237.696 V/cio actuando como representante legal de mi hijo Luis Eduardo Pedraza Rodriguez identificado con cedula de ciudadania No. 1121 873 314 Y con diagnostico medico Retraso Mental Moderado, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Mercedes Rodriguez Rodriguez
cc: 21.237.696 V/cio

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.121.872.314**

PEDRAZA RODRIGUEZ

APELLIDOS

LUIS EDUARDO

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-OCT-1990**

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

22-ENE-2009 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-5200100-00780601-M-1121872314-20160115 0048041803A 1 6723603407

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
LUIS	EDUARDO	PEDRAZA	RODRIGUEZ

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1121872314

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

BELISARIOS VELASQUEZ & ASOCIADOS SAS

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2023	12	26

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

830504600

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	75.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	68.75

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b139.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s1109.388

3. Codigos Actividades y Participación

d175.3 d598.2 d879.3

nueva eps

Bogotá, 31 de marzo de 2017
GRCO-ML-000572-17

Señor:
LUIS EDUARDO PEDRAZA RODRIGUEZ
CC: 1121872314
CLL21 NO 21A-29URB MACARENA
Teléfono: 3112809061
VILLAVICENCIO - META

ASUNTO: CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

Informamos que después de haber realizado un minucioso estudio por parte de **S.A.C. SALUD LTDA.** y la Dependencia Técnica de Nueva EPS S.A., se determina que la(s) patología(s): **F710 - RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO, F808 - OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE**, - , - , - , - fue(ron) calificada(s) como **ENFERMEDAD COMUN,** con un Porcentaje de Pérdida de la Capacidad de:

Calificación	Porcentaje
Deficiencia	41,56%
Rol laboral/Rol Ocupacional	32,10%
%Total	73,66%

La fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral es el **18/10/1990**
El grado de la limitación: **Profunfa.**
El(los) tipo(s) de discapacidad de acuerdo con el(los) diagnóstico(s) es (son): **Mental.**

Lo anterior para dar cumplimiento al artículo 163 de la Ley 100 de 1993, artículo 5 de la Ley 361 de 1997, el artículo 1° del Decreto 4942 de 2009, soportados en el concepto 19430 del 8 de febrero de 2012 del Ministerio de Salud y la Protección Social y realizada con base en el decreto 1507 de 2014.

Cordialmente,

BETTY SANCHEZ MARTINEZ
PROFESIONAL DE MEDICINA LABORAL
Regional Centro Oriente

Anexos: (18) Folios
Original: Medicina Laboral - Regional Centro Oriente
Copia: Coordinador de Afiliaciones
Elaboró: Rubén B.

INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Solicitante.	NUEVA EPS
Motivo Solicitud:	CALIFICACIÓN PERDIDA DE CAPACIDAD LABO
Fecha Dictamen	lunes, 20 de marzo de 2017

INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre IPS:	SALUD AUDITORIAS Y CONSULTORIAS LTDA - SAC Salud Ltda.		
Dirección:	Carrera 25 # 45-05 Consultorio 101	Teléfono:	2440572

DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO

Nombres:	LUIS EDUARDO			Apellidos:	PEDRAZA RODRÍGUEZ
Identificación:	1121872314			Tipo:	CÉDULA DE CIUDADANÍA
Fecha nacimiento:	18/10/1990	Edad:	26	Genero:	MASCULINO
Estado Civil:				Escolaridad:	
Dirección:	CALLE 21 # 21A-29 URBANIZACION MACARENA				
Ciudad Residencia:	VILLAVICENCIO			Teléfono:	

FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACIÓN

Relación de documentos:

☑	Historia Clínica Completa	☐	Exámenes Periódicos Ocupacionales
☐	Acta de Levantamiento de Cádaver	☐	Exámenes Post- Ocupacionales
☐	Reporte de Accidente de trabajo	☐	Exámenes Preocupacionales
☐	Certificado de Defunción	☐	Concepto de Salud Ocupacional
☐	Análisis de Puesto de Trabajo	☐	Elementos de Protección Personal
☐	Exámenes Paraclínicos	☑	Otros

Diagnóstico Motivo de la Calificación

F710	RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO
F808	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE

Examenes de Diagnóstico e Interconsultas pertientes para Calificar

Anamnesis (motivo de calificación)

Remitido a medicina laboral con diagnóstico de retardo mental grave para calificación de pérdida de capacidad laboral (PCL).

Paciente con antecedentes hipoxia neonatal, con retardo mental y psicomotor, trastorno del lenguaje y sindrome convulsivo secundarios.

Concepto emitido por neurologia dice: Paciente con antecedentes de parto complicado, presentando hipoxia neonatal, con retardo en el desarrollo psicomotriz, (camino a los 3 años de edad) quedando como secuelas

marcado retardo mental que dificultó el aprendizaje, necesitando estar en un sitio para pacientes especiales para tratamiento integral, dependiendo en su totalidad de la familia
Valoración del 13/12/2016: Paciente de 21 años de edad con historia de retraso en su desarrollo psicomotor quien se encuentra alerta, atento y colaborador, En la entrevista formal, se evidencian alteraciones significativas en la expresión de su lenguaje, en la orientación a nivel personal y en la memoria autobiográfica para el relato de información reciente. Estos hallazgos junto a la información suministrada por sus padres pueden referir una sospecha de discapacidad intelectual.

DESCRIPCIÓN DEL DICTAMEN

Titulo I - Capitulos I al XV - Valoración de las deficiencias.

Deficiencia/Descripción:	Numeral y Tabla/ Puntaje:	
13- Trastornos mentales y del comportamiento.	Núm. 13.5.1, Tab. 13.6. clase III	
Discapacidad intelectual moderada		70.00
Deficiencia/Descripción:	**Numeral y Tabla/ Puntaje:**	
10- Alteraciones del olfato, del gusto, de la voz, del habla y de las vías aéreas superiores.	Num. 10.3.4, Tab. 10.5. Clase III	
Alteraciones del lenguaje		25.00
Deficiencia/Descripción:	**Numeral y Tabla/ Puntaje:**	
12- Sistema nervioso central y periférico.	Núm. 12.4.1.1, Tab. 12.1. Clase I	
Sindrome convulsivo		25.00

Total sumatoria combinada deficiencias (A+(100 - A) x B)/100) x 0.5 — 41.56

Titulo II - Capitulo II - Calificación del Rol Laboral

Categoria	Clase	%
1- Rol laboral (Tabla 1).	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☑ 6 ☐	20
2- Autosuficiencia económica (Tabla 2).	1 ☐ 2 ☐ 3 ☑ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐	1.5
3- En función de la edad (Tabla 3).	1 ☐ 2 ☑ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐	0.5
	Total Rol Laboral	22

Titulo II - Capítulo III - Calificación de Otras Áreas Ocupacionales.

0.0-No hay dificultad, 0.1-Dificultad leve, 0.2-Dificultad moderada, 0.3-Dificultad severa, 0.4-Dificultad completa

1- Aprendizaje y aplicción del conocimiento. (Tabla 6).	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	*Total*
	0	0	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	2.4
2- Comunicación (Tabla 7).	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	*Total*
	0.2	0.3	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	2.8
3- Movilidad (Tabla 8).	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	*Total*
	0	0	0	0	0	0.1	0.1	0.2	0.2	0.4	1
4- Cuidado personal (Tabla 9).	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	*Total*
	0	0	0	0	0	0	0.3	0.2	0.2	0.2	0.9
5- Vida doméstica (Tabla 10).	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	5.10	*Total*
	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	3
										Total otras áreas ocupacioneles	10.1

Porcentaje de la Perdida de Capacidad Laboral u Ocupaciones

Descripción	Porcentaje
DEFICIENCIA	41.56
ROL LABORAL Y/O OCUPACIONAL	32.10
TOTAL	73.66

Incapacidad Permanente Parcial > 5%	☐
Invalidez	☑
Fecha de estructuracion:	jueves, 18 de octubre de 1990
Origen:	ENFERMEDAD COMÚN

Observaciones F.E: Fecha nacimiento.

Responsables de la calificación.



Firma: _____

HECTOR HERNAN GUTIERREZ G
Licencia S.O 2510/2008

Firma: _____

BETTY ESPERANZA SANCHEZ MARTINEZ
Salud Ocupacional Licencia S.O 3305/2011

Firma: _____

MARTHA LUCIA TORRES CRUZ
T.O Licencia S.O 10378/2008

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre:	LUIS EDUARDO PEDRAZA RODRIGUEZ	Documento de identificación:	1121872314
Fecha de Nacimiento:	18/10/1990	Edad:	30 Anos
Municipio de origen:	VILLAVICENCIO	Municipio de Residencia:	VILLAVICENCIO
Estado Civil:	Soltero	Estrato:	2
Escolaridad:	NO DEFINIDO	Ocupacion:	No Aplica
Etnia:	ROM(GITANO)	Discapacidad:	Discapacidades mentales
Desplazado:	No	Familias en Acción:	No
Dirección:	CLL21 NO 21A-29URB MACARENA	Telefono:	311-2609
Sexo:	MASCULINO	Religión:	Catolica
Celular:	(311) 260-9061	Correo electrónico:	NOTIENE@GMAIL.COM

ANTECEDENTES MEDICOS DEL PACIENTE

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos: RETRASO DE L DESARROLLO

Profesional: YADIRA FABIOLA VILLANUEVA REYES Registro: 309 Fecha : 04/03/2010

Patológicos: RETRASO DEL DESARROLLO

Profesional: DIANA CAROLINA MACHADO MORENO Registro: 50-10343 Fecha : 03/02/2017

Patológicos: RETRASO DEL DESARROLLO

Profesional: FABIO ANDRES VARGAS SANABRIA Registro: 1082934576 Fecha : 08/06/2017

Patológicos: RETRASO DEL DESARROLLO

Profesional: DIANA CAROLINA MACHADO MORENO Registro: 50-10343 Fecha : 05/07/2018

Patológicos: retraso en el desarrollo

Profesional: JHON FREDY HERNANDEZ LOZANO Registro: 85456 Fecha : 25/01/2019

Patológicos: RETRASO DEL DESARROLLO

Profesional: EDNA LISSETTE MATIZ TRIGOS Registro: 50-15345 Fecha : 17/05/2019

Patológicos: RM

Profesional: SANDRA PATRICIA MARTINEZ PARDO Registro: 50-13575 Fecha : 15/11/2019

Quirúrgicos: APENDICECTOMIA 26-10.2010

Profesional: JOSE FERNEY CAMPO MERCADO Registro: 70311 Fecha : 22/11/2010

Quirúrgicos: APENDICECTOMIA 26-10.2010

Profesional: FABIO ANDRES VARGAS SANABRIA Registro: 1082934576 Fecha : 08/06/2017

Quirurgicos: apendicectomia

Profesional: JHON FREDY HERNANDEZ LOZANO Registro: 85456 Fecha : 25/01/2019

Traumatológicos: NIEGA

Profesional: DIANA ROCIO MUNEVAR AVILA Registro: 23.691.547 Fecha : 07/07/2018

ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS

Otros ant. toxicológicos: APENDICECTOMIA 26-10.2010

Profesional: FABIO ANDRES VARGAS SANABRIA Registro: 1082934576 Fecha : 08/06/2017

ANTECEDENTES ALERGICOS

Alimentos: NIEGA

ATENCION CONSULTA EXTERNA (Medica) - Control # 6 de consulta del : 07/07/2016 // Entidad: NUEVA E.P.S

Profesional : AGUSTIN GUTIERREZ GARAVITO Registro: 118-75 Fecha : 30/06/2020 08:39

Especialidad NEUROLOGIA

DIAGNOSTICO CONTROL

Profesional : AGUSTIN GUTIERREZ GARAVITO Registro: 118-75 Fecha : 30/06/2020 08:39

* Dx Ppal:	F721 RETRASO MENTAL GRAVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO
Tipo Diagnostico:	Impresión Diagnóstica
Finalidad Consulta:	No Aplica
Causa Externa:	Enfermedad General

RESUMEN Y COMENTARIOS

Por Su seguridad, y para proteger su salud por alta probabilidad de contagio y debido a los lineamientos Ministeriales por la actual situación de salud en el país por COVID 19, se ha decido dar seguimiento a las acciones en salud pendientes con ud por tele consulta. (Esta consiste en que, a través de la llamada telefónica, me brinde información de su estado de salud, con el objetivo de realizar un plan de manejo acorde a los resultados). ¿Acepta realizarla? SI

Pte con marcado retardo psicomotriz generalizado, disartrico pasa a control se habla con la madre ,paciente con antecedentes de parto complicado, presentando hipoxia neonatal, con retardo en el desarrollo psicomotriz, (camino a los 3 años de edad) quedando como secuelas marcado retardo mental que dificulto el aprendizaje, necesitando estar en un sitio para pacientes especiales para tratamiento integral, dependiendo en su totalidad de la familia, Pte consciente, marcado retardo psicomotriz generalizado,con dificultad para el aprendizaje , incapacidad de razonar , con incontinencia parcial de esfinteres
disartrico .

EXAMEN NEUROLÓGICO:
Pte consciente, marcado retardo psicomotriz generalizado,con dificultad para el aprendizaje , incapacidad de razonar , con incontinencia parcial de esfinteres
disartrico ,
pares craneanos normales,
sistema motor normal,
sensibilidad conservada,
reflejos simétricos.

ANALISIS :

paciente con antecedentes de parto complicado, presentando hipoxia neonatal, con retardo en el desarrollo psicomotriz, (camino a los 3 años de edad) quedando como secuelas marcado retardo mental que dificulto el aprendizaje, necesitando estar en un sitio para pacientes especiales para tratamiento integral, dependiendo en su totalidad de la familia.

PLAN :
CONTROL ABIERTO DEBE CONTINUAR CONTROLES PERIODICOS

CONTROL CONSULTA (REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA)

Resultados de Referencia y Contrareferencia - 800 OTRAS

Especialidad	OTRAS
Remision	Pte con marcado retardo psicomotriz generalizado, disartrico pasa a control se habla con la madre ,paciente con antecedentes de parto complicado, presentando hipoxia neonatal, con retardo en el desarrollo psicomotriz, (camino a los 3 años de edad) quedando como secuelas marcado retardo mental que dificulto el aprendizaje, necesitando estar en un sitio para pacientes especiales para tratamiento integral, dependiendo en su totalidad de la familia, Pte consciente, marcado retardo psicomotriz generalizado,con dificultad para el aprendizaje , incapacidad de razonar , con incontinencia parcial de esfinteres ,disartrico .

Enviado por Profesional : AGUSTIN GUTIERREZ GARAVITO Registro: 118-75 Fecha : 30/06/2020 08:39

Resultados de Referencia y Contrareferencia - 215 NEUROLOGIA

Sede: FAMEDIC - VILLAVICENCIO

Especialidad: NEUROLOGIA
Remision: CONTROL ABIERTO

Enviado por Profesional: AGUSTIN GUTIERREZ GARAVITO Registro: 118-75 Fecha : 30/06/2020 08:39

FIN IMPRESION DE PAGINA

ATENCION CONSULTA EXTERNA (Medica) - Control # 7 de consulta del : 07/07/2016 // Entidad: NUEVA E.P.S

Profesional : AGUSTIN GUTIERREZ GARAVITO Registro: 118-75 Fecha : 09/11/2020 15:11

Especialidad : NEUROLOGIA

DIAGNOSTICO CONTROL

Profesional : AGUSTIN GUTIERREZ GARAVITO Registro: 118-75 Fecha : 09/11/2020 15:11

* Dx Ppal	F721 RETRASO MENTAL GRAVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO
Tipo Diagnostico	Impresión Diagnóstica
Finalidad Consulta	No Aplica
Causa Externa	Enfermedad General

RESUMEN Y COMENTARIOS

Por Su seguridad, y para proteger su salud por alta probabilidad de contagio y debido a los lineamientos Ministeriales por la actual situación de salud en el país por COVID 19, se ha decido dar seguimiento a las acciones en salud pendientes con ud por tele consulta. (Esta consiste en que, a través de la llamada telefónica, me brinde información de su estado de salud, con el objetivo de realizar un plan de manejo acorde a los resultados). ¿Acepta realizarla? SI

Pte con marcado retardo psicomotriz generalizado, disartrico pasa a control se habla con la madre ,paciente con antecedentes de parto complicado, presentando hipoxia neonatal, con retardo en el desarrollo psicomotriz, (camino a los 3 años de edad) quedando como secuelas marcado retardo mental que dificulto el aprendizaje, necesitando estar en un sitio para pacientes especiales para tratamiento integral, dependiendo en su totalidad de la familia, Pte consciente, marcado retardo psicomotriz generalizado,con dificultad para el aprendizaje , incapacidad de razonar , con incontinencia parcial de esfinteres
disartrico ,

EXAMEN NEUROLÓGICO:
Pte consciente, marcado retardo psicomotriz generalizado,con dificultad para el aprendizaje , incapacidad de razonar , con incontinencia parcial de esfinteres
disartrico ,
pares craneanos normales,
sistema motor normal,
sensibilidad conservada,
reflejos simetricos.

ANALISIS :

paciente con antecedentes de parto complicado, presentando hipoxia neonatal, con retardo en el desarrollo psicomotriz, (camino a los 3 años de edad) quedando como secuelas marcado retardo mental que dificulto el aprendizaje, necesitando estar en un sitio para pacientes especiales para tratamiento integral, dependiendo en su totalidad de la familia.

PLAN :
TAC CRANEO
EGG
VALORACION CON SPIQUIATRIA
CONTROL CON RESULTADOS

CONTROL CONSULTA (AYUDAS DIAGNOSTICAS)

891402 ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO

Enviado por Profesional : AGUSTIN GUTIERREZ GARAVITO Registro: 118-75 Fecha : 09/11/2020 15:11

879111 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE

Enviado por Profesional : AGUSTIN GUTIERREZ GARAVITO Registro: 118-75 Fecha : 09/11/2020 15:11

CONTROL CONSULTA (REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA)

Resultados de Referencia y Contrareferencia - 215 NEUROLOGIA

Especialidad	NEUROLOGIA
Remision	CONTROL CON RESULTADOS

Enviado por Profesional : AGUSTIN GUTIERREZ GARAVITO Registro: 118-75 Fecha : 09/11/2020 15:11

Resultados de Referencia y Contrareferencia - 280 PSIQUITRIA

Especialidad	PSIQUITRIA
Remision	VALORACION

Enviado por Profesional : AGUSTIN GUTIERREZ GARAVITO Registro: 118-75 Fecha : 09/11/2020 15:11

FIN IMPRESION DE PAGINA

10645

Electrificadora del Meta SA ESP

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

153306614

"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de aparecer la palabra inmediato la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-10-06 11:20 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-10-06 11:37 | CUDE |

Suscriptor: ALVARO NINO

Dirección: CL 21 21A 29 BRR LA MACARENA

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



[3] A-S Lectura Anterior 29438
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 29598
Anomalía 0

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía
277,53 (Valor kWh con SUBS) x 158 (Consumo en kWh)

$191.882

$112.411

VALOR NETO
Porcentaje de SUBSIDIO (35%)
Valor subsidio de SUBSIDIO
SUBTOTAL VALOR CONSUMO
OTROS CONCEPTOS
Impuesto AP

$-21.012
$-97.502
$4.305

$4.305

SUBTOTAL VALOR OTROS
DESCUENTOS
Aporte A la Solidaridad

$-4

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS

$-4

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGÍA

$126.200

Consumo Promedio Ult. 5 Meses: 171
Documento No.: DES4537753
Facturas Arrastradas: 0

Ultimo Pago: $124980 16-09-25
Periodo Facturado: 03-09-2025/03-10-2025
Ruta: 6-603800055

Impuesto en Energía

MARCA CONTADOR (85)	NÚMERO (9)	FACTOR
MET	90107672	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 06-OCT-2025 01:10

ESTRATO	3	ZONA	Urbano	CICLO	7
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	9700000	ESTADO DEL PREDIO	NORMAL

Indicadores de Calidad

Cód. Circuito	110006	(HC) Horas Consumidas	0
COD Transformador	57730	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	03	(ETC) Consumo estimado a compensar	170
(DU) Duración en horas de interrupciones	0.00	(%U) Porcentaje de descuento del cargo	30
(FU) Número total de interrupciones	1	(DU) Cargo de Distribución	196.25
(DEUG) Meta por duración	21.54	(FEUG) Meta por Frecuencia	30

V/r a Compensar $ 0

Costo unitario de la prestación del servicio de ENERGÍA ($/kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	333.58	Pérdidas reconocidas	PR $	58.69
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	51.65	Otros costos asociados al mercado de energía	D $	36.81
Transporte en el sistema de distribución local	D $	268.4	Costo de comercialización	C $	177.04

Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+C+PR+R 907.68

Interés moratorio residencial	0,48%	Interés moratorio no residencial	1,56%

Subsidios FSSRI

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

FECHA EXPEDICIÓN	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
15-OCT-2025	16-OCT-2025	$126,200

Impuesto AP Acuerdo 515 Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
153306614	15-OCT-2025	$126,200

PERIODO FACTURADO
03-09-2025/03-10-2025

Ruta: 6-603800055

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012035 DE DIC. 14-2016 AUTORRETENEDOR VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art.130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se asimila a una letra de cambio

Electrificadora del Meta SA NIT 892.002.206-4, SWOS EMSA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
21.237.696

NUMERO

RODRIGUEZ RODRIGUEZ

APELLIDOS

MERCEDES

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 29-AGO-1956

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

10-OCT-1978 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



A-0200100-00174091-F-00212376

02015

DEPARTAMENTO DEL META

CENTRO DE REHABILITACION DEL META Y COMPROBACION "VIVIENDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD"



57

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Johan Sebastian Peña García.

Fecha de Nacimiento: 18-Marzo-2013 | Edad: 12

Documento de identidad: T.I 1122932868

Diagnostico: Retraso Mental leve y Trastorno de lenguaje expresivo

Direccion: Cr 38 #21-10 este Manzana 47 Cs 7 Etapa 1 Apt 201 Conjunto Monaco

Telefono: 3505166407 - 320 609 2894

APILIACION EPS: Caja Cori

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Diana Lisbeth García Barrera.

Direccion: Cr 38 # 21-10 Este Manzana 47 Cs 7 Apto 204 Apto- 201

Telefono: 3505166407

Contacto de Emergencia y telefono

302 571 6449 - 320 609 2894

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Grabacion y la Observacion del Niño, para empleo de material fotografico y/o videos en el y la aprendiz en proceso

SI: X NO: _____

FIRMA: Diana Lisbeth García B.

NOMBRE ACUDIENTE: Diana Lisbeth García Barrera.

C.C. 1122668461 V/cio - meta.

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Diana Lisbeth García Barrera., identificada con cedula de ciudadania No. 1121868461 V/cio - Meta actuando como representante legal de mi hijo Johan Sebastian Pena García, identificado con cedula de ciudadanía No. 1122432868 V/cio - meta. Y con diagnostico medico Retraso Mental leve y lenguaje expresivo me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Diana García Barrera.
1121868461 V/cio-

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JOHAN	SEBASTIAN	PEÑA	GARCIA

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1122932863

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
Grupo de Inversión en sector servicios	2025	8	20

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	901507508

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	37.50
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	15.00
Actividades de la Vida Diaria	25.00
Participación	28.57

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b122.1 b125.1 b126.1

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.188

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d310.1 d599.2

MERAKIDS MEDICAL CENTER

HISTORIA CLINICA
NEUROPEDIATRIA

Nro: 18252
Fecha: 03-02-2025 Hora: 08:01

MERAKIDS MEDICAL CENTER S.A.S
NIT. 901467099
Dir. CL 33 39 21 BRR BARZAL
Tel. 6620549
VILLAVICENCIO - META

Paciente: JOHAN SEBASTIAN PEÑA GARCIA	**Identificacion:** 1122932868	**F.Nacimiento:** 13-08-2013	**Edad:** 11 Años 6 Meses 10 Dias
Dirección: COVISAN	**Teléfono:** 3505166407	**Genero:** Masculino	
Entidad: CAJACOPI	**Acompañante:** KIARA (MADRE)	**Teléfono:**3505166407	

MOTIVO DE CONSULTA
Tiene dificultad de lenguaje

ENFERMEDAD ACTUAL
Primera Vez Neurologia Pediatrica
Madre: Diana Garcia
Procedentes de Villavicencio
11 años - Segundo

Enfermedad actual:
Paciente que tiene historia de dificultades de aprendizaje, bajo rendimiento escolar
Tiene retraso de lenguaje, con gran dificultad aun en lenguaje expresivo, tiene múltiples dislalias, intelibilidad buena para la madre, no cuenta una historia fluida, le cuesta hacer una conversacion.
Ha tenido poca regularidad escolar, reconoce letras en ocasiones las confunde, cuenta números, realiza sumas y restas sencillas, no multiplicaciones, escribe el nombre con fallas, no toma un dictado, lo hace solo deletreado, no hace lectura fluida, le cuesta
memorizar lo que le explican. Requiere apoyo constante para actividades. Esta en segundo grado.
En comportamiento - Notan inquietud motora marcada, es desobediente, no agresividad.
Se frustra fácilmente
Independiente en autocuidado, se amarrar los zapatos, sabe montar bicicleta
Reconoce las monedas.
Estaba en terapias de manera irregular.

Antecedentes
Perinatales: Fruto de primer embarazo, madre de 23 años, padre 20 años, TORCH negativo y VIH negativo, ecografías normales, parto a las 40 semanas, vaginal, peso al nacer: 2800 gr, adaptación espontanea, no UCIN.
Neurodesarrollo: Marcha: 14 meses, palabras: 2 años, frases: 6 años
Patológicos: No refi
ere
Hospitalizaciones: Gastroenteritis en una ocasión.
Quirúrgicos: No refiere
Farmacológicos: No refiere
Familiares: Abuelo tuvo retraso de lenguaje. No consanguinidad.

ANTECEDENTES
Personales Hospitalarios (Hx)
No Refiere.
Personales: Quirurgicos (Qx)
No Refiere.

SIGNOS VITALES
T.A:90 /60 F.C:80 F.R:16 T.C:36 OXM:93 PESO: TALLA: IMC:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

1.122.932.868
PEÑA GARCIA

JOHAN SEBASTIAN



18-MAR-2013
VILLAVICENCIO
META

18-MAR-2031 O+ M

28-JUL-2021 VILLAVICENCIO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.868.461
GARCIA BARRERA
APELLIDOS
DIANA LISBETH
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 28-JUN-1990
MEDINA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
28-SEP-2008 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

Sisbén

Fecha de consulta: 12/11/2025

Ficha: 5000110114600000022235

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JOHAN SEBASTIAN

Apellidos: PEÑA GARCIA

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Numero de documento: 1122932868

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 27/11/2024

Última actualización ciudadano: 27/11/2024

Última actualización vía registros administrativos:

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

ormidad con el Art. 130 de la ley 142 de 1994.
rmo Barzal
e: 323 2540629
a Viernes jornada
m
ISO 9835 - 164
sicencio
el 26 de junio de 2024
DIAN No. 0547 del 25/01/2002
2 de 1994

COTREM NIT: 892.099.339-3

Entidad: LLANOGAS
Fecha: 06-Nov-2025
Hora: 09:41
Cajero: NHN
Factura: 2911000000369947
Valor: 35.798

947
A 2025-10-26
NIATO
99460

Bioagrícola
DEL LLANO S.A. E.S.P. BIC
NIT 822.000.268-9
NUIR 1-5000-1000-2

Calle 34A 34 - 29 Torre 1 Barrio Barzal
Villavicencio, Meta
Horario de atención: Lunes a viernes
jornada continua 7:00 a.m - 4:00 p.m
Autoretenedores ICA en Villavicencio
Resolución 1653-67.07/768 del 26 de junio de 2024
Responsable de IVA

TOTAL FACTURA: $ 100.483
Emisión: 06/11/2025
Suspensión a partir de: INMEDIATO
N° Factura Bio: 41697396

DATOS CLIENTE

Cliente: GIRALDO SANCHEZ VERGARA
Dirección: C 38 21 10ESTE MZ 47 CS 7 ET 4 APTO 201
Municipio: Villavicencio
Tipo de uso: Uso Residencial Gas

Estrato: 2
Ruta: 191-355
N° Catastral: 010701930008000

Código de usuario Llanogas:
0109136994700

Código de usuario Bioagrícola:
070660623002

DATOS PERIODO

Tipo de uso: Residencial
N° Usuarios Res: 0
N° Usuarios no Res: 0
Est / Cat: 0/2
Frec Recol: 3
Frec Barrido: 2
Volumen m3: 0.0
Subsidio (%) 28%
Contribución (%) 0%
Tasa de interés: 0.1
Facturas Vencidas: 1

CONSUMO

FECHAS REVISIÓN PERIÓDICA

Mínima	Máxima	Suspensión

ÚLTIMOS CONSUMOS:

Septiembre	10
Agosto	12
Julio	5
Junio	0
Mayo	3
Abril	2

Novedad Lectura: Lectura Exitosa

Lec. Actual: 287
Lec. Anterior: 277
Factor Corrección: 0.97
Consumo m3: 10
Promedio: 5
Facturas Vencidas: 1
Consumo Pendiente:
No. de medidor: 201821066643
Consumo Kwh: 118.58
Precio Kwh ($): 244.37
PC MU/m3: 42.69

TARIFAS

Cm ($)	Tm ($)	Dm ($)	Cuf ($)	Cuvmij ($)
1390.2	394.06	525.52	0	0
Rango m3	$/m3	Consumo m3	Subsidio	Contribución
0-20	3118.05	10	42.65	0.0
>20	2780.98	0	0.0	

Resolución CREG: 094/2004 Y 049/2004

LIQUIDACIÓN DEL SERVICIO

Consumo	$	31181	Deuda anterior	$	17826
Cargo fijo	$	0	Intereses por mora	$	89
Subsidio / contribución	$	-13298	Recuperación de consumo	$	0
Suspensión / Reconexión	$	0	Otros conceptos	$	0
Tasa Mora	$	0	Ajuste Facturación	$	0
			TOTAL LIQUIDACIÓN GAS:	$	35.798

FINANCIACIONES

Tasa Cte/Mora*: 0,5 Tasa Cte: 1,62 **Deuda en Mora:** $ 0

Concepto	Cuotas por cargar*	Valor cuota mes	Interés de mora	Iva financiación	Base iva
Consumo	0	$ 0	$ 0	$ 0	
Conexión	0	$ 0	$ 0	$ 0	
Red Interna*	0	$ 0	$ 0	$ 0	
Revision Periódica	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Servicios Postventa*	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Otros*	0	$ 0			
TOTAL		$ 0	$ 0		

TOTAL FINANCIACIÓN GAS: $ 0

CONVENIOS: $ 0

TOTAL GAS: $ 35.798

LIQUIDACIÓN DEL SERVICIO

Toneladas por Suscriptor

	Mes Actual:	Semestre 2
TRBL	0.00021	0.00258
TRLU	0.00185	0.00147
TRRA	0.00019	0.00016
TRA	0.03702	0.02662
TRNA	0.03837	0.04078
TAFA	0	0
TAFNA	0	0

Valor Últimas 6 Facturas

Septiembr	$	31.577
Agosto	$	29.638
Julio	$	28.358
Junio	$	26.013
Mayo	$	27.049
Abril	$	27.188

LIQUIDACIÓN

Concepto		Valor
Tarifa	$	41.197
Descuentos	$	80
Subsidio / contribución	$	-12.896
Dcto Incump. ind. Calidad	$	0
Ajustes	$	4.655
Deuda Anterior	$	31.577
Intereses de Mora	$	32
Otros Conceptos a Favor	$	0
Total	$	64.685
VBA: 173833,08		
CF: 26873.74		
CV: 197006.27		
OTROS SERVICIOS		
Subtotal	$	0
Iva	$	0
Total Otros Servicios	$	0

Vlr. cuota: 0 Saldo Deuda: 0 N° cuotas pendientes: 0

TOTAL BIO $ 64.685

Andrea Lorena Herrera
Gerente Bioagrícola del Llano

El No. de documento corresponde a devoluciones y descuento pueden aplicar para los que aplique

La presente factura prestará mérito ejecutivo de conformidad con el Art. 130 de la ley 142 de 1994.
Responsable del impuesto sobre las ventas "IVA"

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO
ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Andres Ricardo Pena Ortega

Fecha de Nacimiento 22- Octubre 1987. **Edad**

Documento de identidad: 1.059.906.858

Diagnostico : Sindrome de Down.

Direccion: Dg 6 SUR # 40 A 124.

Telefono: 3208020732.

AFILIACION EPS:

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Pedro Pablo Pena Ortega

Dirección: Dg 6 SUR Nº 40A 124.

Telefono: 3208020732.

Contacto de Emergencia y telefono

3208020732.

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la Institucion

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: _____

NOMBRE ACUDIENTE: Pedro Pablo Pena.

C.C. 10.304.696

Sector Club de Tenis, Frente Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel: 310 401 23 43 – 320 535 46 37 – 313 293 78 53
Corporacionayudandoavivir@gmail.com

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

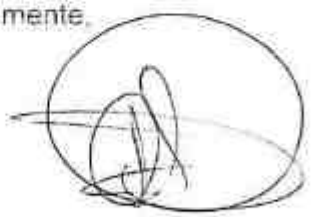
Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Pedro Pablo Pena Ortega, identificada con cedula de ciudadania No. 10.304.695, actuando como representante legal de mi hijo Andres Ricardo Pena, identificado con cedula de ciudadania No. 1059906858 Y con diagnostico medico _____, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración:

Cordialmente,



Pedro Pablo Pena Ortega

nueva eps

gente cuidando gente

Bogotá, 20 de Enero de 2020
GRCO-ML-000611-20

Señor:
ANDRES RICARDO PEREZ ORTEGA
CC: 1059906858
Diagonal 6 Sur # 40 A - 124 Barrio Ataco
Teléfono: 3208020732
Villavicencio - Meta

ASUNTO: CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

Informamos que después de haber realizado una minuciosa revisión de la historia clínica emitida por los diferentes médicos tratantes en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en donde viene siendo atendido, se determina que presenta el(los) siguiente(s) diagnóstico(s):

CIE - 10	DIAGNOSTICO	TIPO DE DISCAPACIDAD
Q909	SINDROME DE DOWN NO ESPECIFICADO	MENTAL

Este certificado es válido como mecanismo transitorio para soportar el criterio de discapacidad hasta que el Ministerio de Salud certifique la implementación de la Resolución 583 de 2018 y se elabora cumpliendo con los requisitos precisados en la Circular 000009 del 6 de octubre de 2017 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Cordialmente,

Dra. BETTY ESPERANZA SANCHEZ MARTINEZ
RM: 3305 - 2011 de Bogotá
PROFESIONAL DE MEDICINA LABORAL
Regional Centro Oriente

Anexos: (1) Folios
Original: Medicina Laboral - Regional Centro Oriente
Copia: Coordinador de Afiliaciones
Elaboró: Alejandro S.

Villavicencio, 16 de Septiembre de 2025

Doctora
LILIANA BERNAL
SECRETARIA SOCIAL
GOBERNACIÓN DEL META
Ciudad

ASUNTO: SOLICITUD CUPO DE PROGRAMA DE DISCAPACIDAD.

PEDRO PABLO PÉREZ ORTEGA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 10.304.696 expedida en Popayán, en calidad de hermano del señor **ANDRES RICARDO PÉREZ ORTEGA**, con cédula de ciudadanía No. 1.059.906.658 expedida en el Bordo (Cauca); respetuosamente me dirijo ante su Despacho con el fin de solicitar me sea **OTORGADO UN CUPO DEL PROGRAMA DE DISCAPACIDAD** en la FUNDACIÓN AYUDANDO A VIVIR, a favor de mi hermano, quien se encuentra en condición de Discapacidad Sindrome de Down; lo anterior con motivo de poderle brindar una mejor calidad de vida e inclusión social.

Anexo: - Copia de cédula de mi hermano
- Copia de cedula del suscrito.
- Certificado de Discapacidad.
- Copia de recibo de servicio público de energía.

Agradezco de ante mano la atención prestada y su valiosa colaboración a la presente.

Atentamente,

PEDRO PABLO PÉREZ ORTEGA
C.C. No. 10.304.696 de Popayan
Celular: 320 8020732
Correo electrónico: pedro.perez4696@correo.policia.gov.co

Sisbén

Fecha de consulta: 13/11/2025

Ficha: 500012112682400001012

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **ANDRES RICARDO**

Apellidos: **PEREZ ORTEGA**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **1059906858**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/09/2025

Última actualización ciudadano: 14/09/2025

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.059.906.858
PEREZ ORTEGA
APELLIDOS
ANDRES RICARDO
NOMBRES
NO FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-OCT-1987
PATIA (EL BORDO)
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.52 ESTATURA
O- G. S. RH
M SEXO
22-JUN-2007 PATIA (EL BORDO)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

A-1125800-36161773-M-1059906858-20070601 07213 0243N 02 2180220948

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 10.304.696
PEREZ ORTEGA
APELLIDOS
PEDRO PABLO
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 31-DIC-1984
PATIA (EL BORDO)
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69 ESTATURA
O+ G. S. RH
M SEXO
23-ENE-2003 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL



A-1200100-00852726-M-0010304696-20161003 0051MH745A 2 67342E1764

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - DEE

Zona: G | Ciclo: 17 | Ruta: 710 | Orden: 3110

eaav

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio ESP EAAV

NIT 892.099.265-1

34303968
Factura No.
Consecutivo de esta factura de servicios públicos

133267
Código de usuario
Clave para verificar su servicio vía EAAV

FACTURAS VENCIDAS: 0

DEE: SETT 902354

DATOS DEL SUSCRIPTOR/USUARIO

PEDRO PABLO PABLO PEREZ ORTEGA

TO 15 AP 403 Arauco

HACIENDA ROSABLANCA — VILLAVICENCIO

Clase de uso: RESIDENCIAL — Estrato: 3

ZG - 6201

Unidades no residenciales:

DATOS TECNICOS

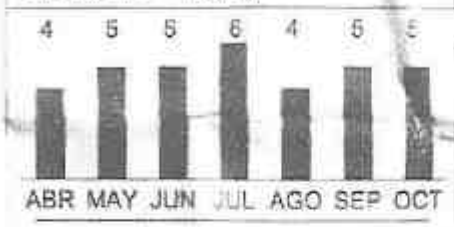
Serial medidor	Diámetro	Predio	Clave lectura anterior
2016510511	1/2	250407	

Fecha de suscripción: 28-10-2025

PERIODO DE CONSUMO: 31-08-2025 - 29-09-2025

Lectura actual	Lectura anterior	Dif. Lecturas	Consumo ACU	Consumo AJU
781	776		5	5

Novedad de lectura: NORMAL — Método:



Promedio: 5

Cierra vigencia mientras tu instalamos.

LIQUIDACIÓN DEL PERIODO

DESCRIPCIÓN		Cant. total	Costo unitario	Costo total	Menos Subsidios %	Valor	Más Aporte %	Valor	Valor a cargo
CARGO FIJO AC		1	7.801,06	7.801,06		[illegible]	0		[illegible]
CONSUMO BÁSICO AC	0 - 15 m3	5	2.507,01	12.535,05		[illegible]	0		[illegible]
CONSUMO COMPLEMENTARIO AC	15,01 m3	0	2.507,01	0		0	0		0
CONSUMO SUNTUARIO AC	>30 m3	0	2.507,01	0		0	0		0
SUBTOTAL ACUEDUCTO				20.396,11		1.835,65	0		18.560,46
CARGO FIJO AL		1	6.029,93	6.029,93		0,37	0		6.029,56
CONSUMO BÁSICO AL	0 - 15 m3	6	2.193,59	13.162,05		1.156,47	0		11.996,48
CONSUMO COMPLEMENTARIO AL	15,01 m3	0	2.193,59	0		0	0		0
CONSUMO SUNTUARIO AL	>30 m3	0	2.193,59	0		0	0		0
SUBTOTAL ALCANTARILLADO				19.191,98		1.156,47	0		18.026,04
TOTAL MES				40.296,39		3.992,49	0		36.590,00

OTROS COBROS

	Valor
Ajuste a la Decena	3.49
SUBTOTAL OTROS	3

TOTAL A PAGAR

$ 36.590

PAGUE HASTA

24-OCT-2025

OTROS VALORES PENDIENTES

CARTERA EN INVESTIGACION	0
PROCESO COACTIVO	0

TUS FINANCIACIONES

Fecha Suscripción	Saldo a diferir	Cuotas

4.37 m3

146.42

Generación: 2025-10-09T11:21:23 — 2025-10-09T05:21:23

Estamos en racionamiento en varios sectores de la ciudad debido a la emergencia declarada el 24 de mayo de 2025 por deslizamiento que afectó el viaducto 2.0 que es la principal bocatoma de agua sobre el Guayuriba.
Agradecemos tu pago oportuno en estos difíciles momentos.
Los proyectos indispensables para nuestro acueducto valen de todos.



CON CUE SOMOS

Puntos de pago

Banco de Occidente
Banco BBVA
Puntos Colombia
Banco de Bogotá
Itaú
Banco de Popular
Bancolombia
Caleras ATH
COTREH
Banco Agrario
WWW.EAAV.GOV.CO

PUNTO DE RECAUDO EN NUESTRA SEDE: Lunes a Viernes 8 am a 5 pm efectivo y tarjeta) Formas de pago: DE CONTADO: Medios de pago: Efectivo, tarjeta débito, cheque de gerencia (según el caso).

(415)7709998000414(8020)34303968(3900)0000036590(96)20251024

Código de usuario
133267
Factura de servicios públicos No.
34303968

Pague hasta	Total a pagar
24-OCT-2025	$ 36.590

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Luis Santiago Pulido León

Fecha de Nacimiento: 08 ABRIL 2014 | Edad: 11 AÑOS

Documento de identidad: 1123444065

Diagnostico : DISCAPACIDAD COGNITIVA

Direccion: C117SUR 59-52 AMERICAS

Telefono: 3208955739 - 3208954782.

AFILIACION EPS: CAPITAL SALUD.

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: ANA CECILIA LEON SABOGAL

Dirección: C117SUR 59-52 B. AMERICAS

Telefono: 3208955739-3208954782

Contacto de Emergencia y telefono
3208955739-3208954782

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el qua aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

Mariana

FIRMA: _____

NOMBRE ACUDIENTE: ANA CECILIA LEON SABOGAL

C.C. 40.334.449 V/dc

Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 310 401 25 49 – 304 535 46 27 – 313 293 78 53
Corporayudandoavivir@gamil.com

Villavicencio,13 noviembre 2025

Señores:

Secretaria social

Asunto : solicitud de cupo

Yo **Ana Cecilia León Sabogal** identificada con cédula de ciudadania **40.334.448** de Villavicencio, meta; siendo acudiente de **Luis Santiago Pulido León** identificado con tarjeta de identidad **1.123.444.085** de Villavicencio, meta; me dirijo a ustedes con el fin de solicitar cupo para el programa de **Atención Integral.**

Agradezco la atención prestada

Ana Cecilia León Sabogal
C.c40.334.448
Acudiente

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
LUIS	SANTIAGO	PULIDO	LEON

1.5 Departamento de Residencia: META

1.6 Municipio de Residencia: VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
			X					

Numero de documento de identidad: 1123444085

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación: BELISARIOS VELASQUEZ & ASOCIADOS SAS

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2023	12	19

2.3 Tipo de Entidad Valoradora: NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora: 830504600

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	58.33
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	61.11
Participación	46.43

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b1649.3 b1679.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s1109.173

3. Codigos Actividades y Participación

d175.2 d730.2 d820.3

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

I. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
YERALDIN BARBOSA MORENO	Psicología	CC-1030585088
AMERICA MAJELLA MOJICA ZUÑIGA	Terapia ocupacional	CC-60391490
JORGE ISAAC AGUILAR SANCHEZ	Medicina	CC-88136180

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.123.444.085**
PULIDO LEON

APELLIDOS
LUIS SANTIAGO

NOMBRES

Luis pulido

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **03-ABR-2014**
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

03-ABR-2032 **O-** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

18-JUN-2021 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-5200100-01242327-M-1123444085-20210629 0074805992A 1 8502230660

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **40.334.448**

LEON SABOGAL

APELLIDOS

ANA CECILIA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **12-MAR-1984**

VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

27-FEB-2003 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-5200100-0918899-F-0040334448-20220914 0065302429A 1 8505288097

Sisbén

Fecha de consulta: 13/11/2025

Ficha: 50001102648700000431

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **LUIS SANTIAGO**

Apellidos: **PULIDO LEON**

Tipo de documento: **Tarjeta de identidad**

Número de documento: **1123444085**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/10/2019

Última actualización ciudadano: 24/01/2025

Última actualización vía 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: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.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 existe nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas posteriores a la última actualización de su encuesta.

Para actualizar tu información por favor acércate con los siguientes soportes:

1. Documento de identidad de la persona a actualizar
2. Documento de identidad del jefe de hogar

CÓDIGO DEL CLIENTE

QUE ESTE DOCUMENTO CONTRATO 2025

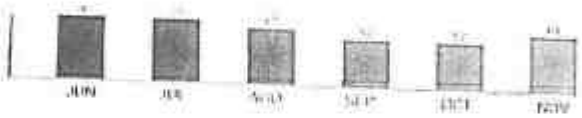
202407313

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		
SALDO FINANCIACIÓN		
INTERÉS [illegible]		
VALOR FINANCIACIÓN		
SALDO ATRASO		

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

DETALLE DE CONSUMO



Fecha Anterior
Tipo de Lectura

Fecha Actual
Anormalidad

MARCA CONTADOR (ES)	NIVEL (ES)	FACTOR

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN

ESTRATO		ZONA		CICLO	
CLASE		CÓDIGO CIIU		ESTADO DEL PREDIO	

Indicadores de calidad

Vrs a Compensar $

Composición de la prestación del servicio de EMSA (ESP)

CONCEPTO			CONCEPTO		

Subsidio Zona

SUBTOTAL VALOR OTROS CONCEPTOS

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGÍA

Detalle del cobro

Concepto	Capital	Intereses	Valor Antes de IVA

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO

12-NOV-2025	13-NOV-2025	$55.300

Impuesto Alº Acuerdo 519/Dic-21

EDWIN DAVID GUEVARA

PERIODO FACTURADO

01-10-2025/31-10-2025

Ruta 1-101851868

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Total a pagar
202407313	12-NOV-2025	$55.300

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO	
Nombre: STEPHANI PULIDO TOVAR	
Fecha de Nacimiento: 05-octubre-2006	Edad: 19
Documento de Identidad: 1029984151	
Diagnostico: DOWN	
Direccion: CALLE 6C # 33-27 BARRIO ROSA BLANCA	
Telefono: 3125694334	
AFILIACION EPS:	

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE
Nombre: NOHELIA TOVAR GALLEGO
Direcion: CALLE 6C # 33-27 BARRIO ROSA BLANCA
Telefono: 3125694334 - 3205641977
Contacto de Emergencia y telefono: OSCAR ANDRES PULIDO.T 3205641977 (HERMANO)

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: Nohelia Tovar. G

NOMBRE ACUDIENTE: Nohelia Tovar Gallego

C.C. 40276333

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Nohelia Tovar Gallego, identificada con cedula de ciudadania No. 40276333 actuando como representante legal de mi hijo STEPHANI PULIDO TOVAR, identificado con cedula de ciudadania No. 1029984159 Y con diagnostico medico SIMDROME DOWN, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Nohelia. Tovar. G

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
STEPHANI		PULIDO	TOVAR

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo		Registro civil		Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería		Pasaporte		Carnet diplomático		Permiso especial de permanencia	

Número de documento de identidad:	1029984151

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
PROTEGER IPS PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.	2025	4	4

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	900434629

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	50.00
Movilidad	30.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	37.50
Participación	34.38

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b163.2 b555.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.173 s5801.273

3. Codigos Actividades y Participación

d310.2 d4602.3 d879.2

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

1. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
WENDY ROCIO MENESES BUELVAS	Fonoaudiología	CC-1102847487
ALEJANDRO JOSE ISSA MUNZON	Medicina	CC-1140867194
ANGELA ROCIO GARCIA RODRIGUEZ	Psicología	CC-40330434

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE			
1.1 Primer nombre	*1.2 Segundo nombre*	*1.3 Primer apellido*	*1.4 Segundo apellido*
STEPHANI		PULIDO	TOVAR
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.029.984.151



Apellidos
PULIDO TOVAR

Nombres
STEPHANI

Nacionalidad
COL

Estatura
1.50

Sexo
F

Fecha de nacimiento
05 OCT 2006

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
VILLAVICENCIO (META)

Fecha y lugar de expedición
17 OCT 2024, VILLAVICENCIO

Firma

Fecha de expiración
17 OCT 2034

.CO

056919145

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL056919145052001<<<<<<<<<<<
0610054F3410174COL1029984151<4
PULIDO<TOVAR<<STEPHANI<<<<<<<<

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.276.333
TOVAR GALLEGO
APELLIDOS
NOHELIA
NOMBRES

NOHELIA TOVAR G
FIRMA





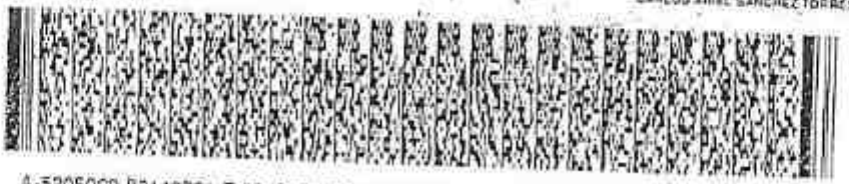
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-FEB-1966
GRANADA (BOCA DE MONTE)
GRANADA (META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

12-JUN-1985 VISTA HERMOSA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3205000-00140751-F-0040276333-20081228 0009001674A 1 9923819500

MERAKIDS MEDICAL CENTER

HISTORIA CLINICA

ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA

MERAKIDS MEDICAL CENTER S.A.S
NIT. 901467099
Dir. CL 33 39 21 BRR BARZAL
Tel. 662,0549
VILLAVICENCIO - META

Nro: 14123

Fecha: 27-09-2024 Hora: 09:16

Paciente: STEPHANI PULIDO TOVAR	Identificacion: 1029984151	Edad: 17 Años11 Meses 27 Dias
Dirección: K 6 C 33 27 ROSABLANCA	Teléfono: 3125694334	Género: Femenino
Entidad: SALUD TOTAL EPS	Acompañante: NOELIA TOVAR	Teléfono:3125694334

MOTIVO DE CONSULTA
CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL
EDAD: 17 AÑOS, 11 MESES
MADRE NOHELIA TOVAR
CONTROL HIPOTIROIDISMO - TRISOMIA 21
HIPOTIROIDISMO (3 AÑOS), CARDIOPATIA CONGENITA (CIA-CIVCERRADOS ESPONTANEAMENTE).
TOMA LEVOTIROXINA 50MC 6/7
SIN INCIDENCIAS
ACTUALMENTE ASINTOMATICA. GO. MENARQUIA A LOS 12 AÑOS, FUR 30.08.2024
CICLOS MENSUALES 30X3 DIAS.
LE VAN A REALIZAR POMEROY
TINEE VARICES TIENE PENDIENTR VAL CX VASCULAR
NEFRLOGIA HIDRONEFROSIS CONGENITA

PARACLINICOS:
06.09.2024 TSH 2.63 T4LIBRE 1.39
12.04.2024 TSH 2.99 T4LIBRE 1.38 ADECUADOS MICROALBUMNINURIA 7.8 CREATININA 0.99
19.10.2023 ECOCARDIOGMRA NRMAL
29.11.2023 TSH 0.24 T4LIBRE 1.62 TGO 20TGP 17.2 HEMOGNRA LEUO 4.63 HB 14 PLAQ 250.000
14-06-20
23: TSH: 3,32 (0,51
-4,3), T4L
: 1,37 (0,93-1,7) . AC-TPO: 15,6 (NEG), AC-TGB: 3,7 (NEG).
14-06-2023. ECO-TIROIDEA: LTD:27X14X14MM , LTI: 28X13X12MM . ITSMO: 2,6MM. NORMAL
16-02-2023. TSH: 1,8 (0,51-0,51), T4L: 1,41 (0,93-1,7).
-06-2021: RD PEQUEÑO, 77,2X31,5X30MM (CORTICAL: 10MM), RI: NORMAL. 93X38,7X40MM (CORTICAL: 13,6MM).
-03-2017: GAMAGRAFIA DE TIROIDES tc99: GLANDULA HIPOCAPTANTE .
ANTECEDENTES
PRODUCTO DE SEGUNDA GESTACION DE MADRE DE 40 AÑOS, G2P0C2, GESTACION A TERMINO, PESO: 4000 GRAMOS, LONG: 50 GRAMOS, HOSPIT: ICTERICIA NEONATAL, CARDIOPATIA, HIDRONEFROSIS EN SEGUIMIENTO. PATOLOGICOS. CIA-CIV- SIND- DOWN. AF: TIA MATERNA CA DE SENO.
EXAM FISICO
PES
O: 48.5 ---z 48.8
TA 97/65
TALLA 145.5
S5P5

SIGNOS VITALES
T.A: / F.C:85 F.R:20 T.C: OXM: PESO:48.8 TALLA:145.5 IMC: 23.05

DIAGNOSTICO

MERAKI DS
MEDICAL CENTER

HISTORIA CLINICA
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA

NIT. 901467099
Dir. CL 33 39 21 BRR BARZAL
Tel. 662,0549
VILLAVICENCIO - META

Nro: 14123

Fecha: 27-09-2024 Hora: 09:16

Paciente: STEPHANI PULIDO TOVAR
Dirección: K 5 C 33 27 ROSABLANCA
Entidad: SALUD TOTAL EPS

Identificacion: 1029984151
Teléfono: 3125694334
Acompañante: NOELIA TOVAR

Edad: 17 Años11 Meses 27 Dias
Género: Femenino
Teléfono:3125694334

E038 :OTROS HIPOTIROIDISMOS ESPECIFICADOS
Q909 :SINDROME DE DOWN

ANALISIS
PACIENTE DE 17 AÑOS 11MESES, CON HISTORIA DE HIPOTIROIDISMO PRIMARIO PERSISTENTE, SINDROME DE DOWN, ACUDE CON PERFI TIROIDEO ADECUADO SEJO MISMA DOSIS 6/7
LEVOTIROXINA 50MCG DE LUNES A SABADO
CONTORL 5MESES PERFIL TIROIDEO ECOGRAFIA DE TIRDES
ENDOCRINOLOGIA DE ADULTOS 5MESES

M CAMENTOS

Código	Descripcion	Presentacion	Cantidad	Tiempo Tratamiento	Posologia
19930428-02	LEVOTIROXINA SODICA 50MCG TAB CAJA X 30	TABLETA	180	6 Meses	1 AL DIA POR 6 MESES, 180 TAB NO SUSPENDER

EXAMENES

Código	Descripcion	Cantidad	Posologia
90.4.9.02	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	1	TOMAR EN 5MESES
90.4.9.21	TIROXINA LIBRE	1	
88.1.1.41	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	1	TOMAR EN 5MESES

ORDENES

Código	Descripcion	Cantidad	Posologia
89.0.2.44	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA	1	5MESES SONDROME DE DOWM HIPOTIROIDISMO

NADYA KATHERINE JAIMES FAJARDO
Médico : ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA
RM: 52394567

MERAKIDS MEDICAL CENTER

HISTORIA CLINICA

CARDIOLOGIA PEDIATRICA

Nro: 000015952

Fecha: 14-11-2024 Hora: 16:23

MERAKIDS MEDICAL CENTER S.A.S
NIT. 901467099
Dir. CL 33 39 21 BRR BARZAL
Tel. 662,0549
VILLAVICENCIO - META

Paciente: STEPHANI PULIDO TOVAR Identificacion: 1029984151 F.Nacimiento: 05-10-2006 Edad: 18 Años 1 Meses 10 Dias

Dirección: K 6 C 33 27 ROSABLANCA Teléfono: 3125694334 Género: Femenino

Entidad: SALUD TOTAL EPS Acompañante: NOELIA (MADRE) Teléfono:3125694334

MOTIVO DE CONSULTA
Control de cardiopatia

ENFERMEDAD ACTUAL
Paciente de 18 años edad, con sindrome Down, con antecedente de CIA y CIV PM que progresaron al cierre espontáneo. No presenta síntomas cardiovasculares, no compromiso de la clase funcional. No cianosis, no palpitaciones, no sincope.

SIGNOS VITALES
T.A:117 /74 F.C:58 F.R:20 T.C:36.5 OXM:98 PESO:50 TALLA:144 IMC: 24.11

REVISION POR SISTEMAS
-Cardiopulmonar-
No disnea, no tos , no expectoración , no palpitaciones
-Osteomuscular-
No artralgias , no inflamaciones, no mialgias, arcos de movimientos normales

EXAMEN FISICO
Corazón
Rscs rítmicos, no taquicárdicos, no desdoblamientos, no soplos
Abdomen
Blando, depresible, no distendido, no masas ni megalias, no hay dolor ni signos de irritación peritoneal. Peristaltismo presente
Extremidades
Eutróficas, simétricas, sin edemas. Pulsos distales presentes, simétricos , no dilataciones varicosa
Torax
Movimientos respiratorios normales, caja torácica de aspecto normal para la edad

PARACLINICOS
tt 17/10/2024:
1. COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR PERIMEMBRANOSA DE 6mm, CON MECANISMO DE CIERRE COMPLETO Y ESPONTANEO POR ANEURISMA DEL SEPTUM INTERVENTRICULAR
2. SIN SIGNOS INDIRECTOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR.
3. CAVIDADES CARDIACAS DE TAMAÑO NORMAL.
4. ADECUADA FUNCION BIVENTRICULAR.

ecg 28/10/2024: ritmo sinusal, bloqueo incompleto de rama derecha

DIAGNOSTICO
Q210 :DEFECTO DEL TABIQUE VENTRICULAR

ANALISIS
Paciente con defecto septal interauricular e interventricular que progresaron al cierre espontáneo, sin trastorno del ritmo cardiaco, se le explica a la madre, se dan signosa alarma y recomendaciones generales. Contorl en 2 años con ecocardiograma tt y ECG:

MERAKIDS

MEDICAL CENTER 15952

ORDEN MEDICA

CARDIOLOGIA PEDIATRICA

MERAKIDS MEDICAL CENTER S.A.S
NIT. 901467099
Dir. CL 33 39 21 BRR BARZAL
Tel. 662,0549
VILLAVICENCIO - META

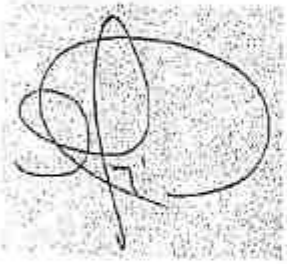
Fecha: 14-11-2024

Paciente: STEPHANI PULIDO TOVAR
Identificacion: 1029984151
Edad: 18 Anos 1 Meses 10 Dias
Dirección: K 6 C 33 27 ROSABLANCA
Teléfono: 3125694334
Género: Femenino
Entidad: SALUD TOTAL EPS

Diagnosticos: Q210 :DEFECTO DEL TABIQUE VENTRICULAR

ORDENES

Código	Descripcion	Cantidad	Posologia
89.5.1.00	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	1	
89.0.3.28	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	1	control en 2 años



MIGUEL DANILO TORRES SILVA
Médico : CARDIOLOGIA PEDIATRICA
RM: 500235/98

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - DEE

Zona: F | Ciclo: 14 | Ruta: 1420 | Orden: 79

eaav

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio ESP EAAV

NIT 892.000.265-1 Somos gran contribuyente, autorretenedor de IVA, ICA

34266277
Factura No.
Consecutivo de esta factura de servicios públicos

055098
Código de usuario
Con éste se identifica su servicio en la EAAV

FACTURAS VENCIDAS: 0

DEE: SETT1874904

Escanee y descargue el documento electrónico equivalente DEE

DATOS DEL SUSCRIPTOR/USUARIO

TOVAR GALLEGO NOHELIA
C 6C 33 27 MZ A CS 7
ROSA BLANCA VILLAVICENCIO
Cédula catastral: 500010105000001950007000000000
Clase de uso: RESIDENCIAL Estrato 3
Unidades residenciales: ZF - 7927
Unidades no residenciales:

DATOS TÉCNICOS

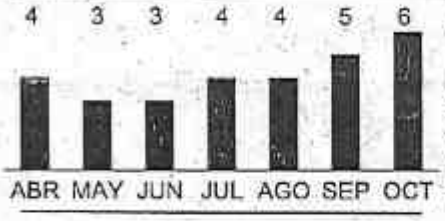
Serial medidor	Diámetro	Precinto	Con fuente alterna?
2015430621	1/2	1150051	

Fecha de suspensión 24-10-2025

PERIODO DE CONSUMO: 29-08-2025 - 26-09-2025

Lectura actual	Lectura anterior	Dif. Lecturas	Consumo ACU	Consumo ALC
823	817		6 m3	6 m3

Novedad de lectura: NORMAL | Método: DIFERENCIA DE LECTURAS



Promedio mes: 4 m3

Cierra la ducha mientras te enjabonas.

LIQUIDACIÓN DEL PERIODO

DESCRIPCIÓN		Cantidad	Costo por unidad	Costo total	Menos Subsidio %	Menos Subsidio Valor	Más Aporte %	Más Aporte Valor	Valor a pagar
CARGO FIJO AC		1	7.861,06	7.861,06		707,50		0	7.153,56
CONSUMO BÁSICO AC	0 - 16 m3	6	2.507,01	15.042,06		1.353,79		0	13.688,27
CONSUMO COMPLEMENTARIO AC	17-32 m3	0	2.507,01	0		0		0	0
CONSUMO SUNTUARIO AC	>=33 m3	0	2.507,01	0		0		0	0
SUBTOTAL ACUEDUCTO				22.903,12		2.061,26		0	20.841,84
CARGO FIJO AL		1	6.626,33	6.626,33		596,37		0	6.029,95
CONSUMO BÁSICO AL	0 - 16 m3	6	2.636,59	15.819,54		1.423,76		0	14.395,78
CONSUMO COMPLEMENTARIO AL	17-32 m3	0	2.636,59	0		0		0	0
CONSUMO SUNTUARIO AL	>=33 m3	0	2.636,59	0		0		0	0
SUBTOTAL ALCANTARILLADO				22.445,87		2.020,13		0	20.425,74
TOTAL MES				45.348,99		4.081,41		0	41.267,58

OTROS COBROS

Concepto	Valor
Ajuste a la Decena	-,65
(-) Devolución a inversionista ACU 0297	-1.283,92
VLR TOTAL ANTICIPOS APLICADOS (-)	-1.283,92
SUBTOTAL OTROS	$ -,65

TOTAL A PAGAR
$ 39.980

Esta factura incluye estos valores por tasa destinada a autoridades ambientales (Ley 99/1993):
Acueducto (tasa por uso): 4,37 por m3
Alcantarillado (Tasa retributiva): 146,42 por m3

OTROS VALORES PENDIENTES:

CARTERA EN INVESTIGACION 0
PROCESO COACTIVO 0

TUS FINANCIACIONES

Plan de financiación	Valor inicial	Saldo a la fecha	Cuotas faltan

PAGUE HASTA
22-OCT-2025

CUDE: [illegible] Generación: 2025-10-07T11:20:22 Transmisión: 2025-10-07T06:25:04

SEÑOR USUARIO:

Si usted no ha cancelado la factura a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ EL SERVICIO Y CENBRARÁ COSTO DE SUSPENSIÓN Y DE REINSTALACIÓN.

De acuerdo con el Art. 64 de la ley 142 de 1994 contra los actos de suspensión del servicio proceden los recursos de reposición y apelación los cuales deberán interponerse conjuntamente en el mismo escrito ante la EAAV dentro de los 5 días siguientes a la fecha de conocimiento de la decisión.

Estamos en racionamiento en varios sectores de la ciudad debido a la emergencia declarada el 24 de mayo de 2025 por deslizamiento que afecto el viaducto 2.0, que es la principal bocatoma de agua sobre el Guatiquia.
Agradecemos tu pago oportuno en estos crucuales momentos.
Los proyectos indispensables para nuestro acueducto requieren de todos.

La presente factura de servicios publicos (DEE) presta mérito ejecutivo de acuerdo con el artículo 130 de la ley 142/94.

AUGUSTO EDUARDO ARANTE PARDO
GERENTE GENERAL



Realiza tus trámites sin salir de casa

608 681 8080

Podrás realizar:
- PQR's
- Reporte de Daños
- Información General
- Solicitudes de Asistencia Técnica

Puntos de pago

- Banco de Occidente
- Banco BBVA
- Puntos Redeban
- EFECTY
- Banco de Bogotá
- Itaú
- Banco de Popular
- Bancolombia
- Cajeros ATH
- COTRED
- Banco Agrario

www.eaav.gov.co

PUNTO DE RECAUDO EN NUESTRA SEDE: Lunes a viernes 8 am a 5 pm (efectivo y tarjeta) Forma de pago: DE CONTADO. Medios de pago: Efectivo, tarjeta débito, cheque de gerencia (según el canal)

Escanea este código y paga online

eaav

Código de usuario
055098
Factura de servicios públicos No.
34266277

(415)7709998000414(8020)34266277(3900)000039980(96)20251022

Pague hasta	Total a pagar
22-OCT-2025	$ 39.980

ESPACIO PARA SELLO DEL BANCO O REGISTRO DE PAGO ELECTRÓNICO

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT 860.026.580-2 Software Fact-eDoc

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 19/11/2025

Ficha: 500011181567200020534

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: STEPHANI

Apellidos: PULIDO TOVAR

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1029984151

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/07/2023

Última actualización ciudadano: 17/07/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

SULLAY MARISELA LEGUIZAMON VARGAS - Consulta

Consultar por Nombre y Apellidos - Histórico

50 / META 001 / Villavicencio

Sólo tiene validez para efectos de información del puntaje.

Ficha	Hogar	Orden	Nucleo	JUG	UG	1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Tipo	Identificación	Sexo	Fecha Nacimiento	Edad	Puntaje
00079973	01	2	1		1	PULIDO	TOVAR	STEPHANI		4	1029984151	2	05/10/2006	4	42.4

El puntaje del Sisbén III y la información aquí suministrada es solamente de carácter informativo

Esta información debe ser validada por el DNP para la conformación de la Base Certificada del Sisbén

La consulta del puntaje de la base certificada del Sisbén se puede realizar en la página www.sisben.gov.co

Para los propósitos de focalización del gasto social, los programas sociales deben hacer uso de la Base Certificada del Sisbén. En este sentido, esta impresión no sustituye dicha base ni se deberá entender como útil para la asignación de subsidios.

DEPARTAMENTO DEL META	CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD	

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre:
Elian Retamozo G.

Fecha de Nacimiento	Edad
2. 05 2005	20

Documento de identidad:

Diagnostico :

Direccion: cll 25 A # 19-53.

Telefono: 3205747215 . 3134394439.

AFILIACION EPS: Nueva EPS

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Sandra Gutierrez Q

Direccion: cll 25 A 19-53

Telefono: 3205747215

Contacto de Emergencia y telefono
3134394439.

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institucion

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: Sandra Gutierrez

NOMBRE ACUDIENTE: Sandra Gutierrez

C.C. 32894812.

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Gerardo Gutiérrez O, identificada con cedula de ciudadania No. 32694892 actuando como representante legal de mi hijo Eliud Mateo Restrepo G., identificado con cedula de ciudadanía No. _____ Y con diagnostico medico _____, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Gerardo Gutiérrez O.

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.044.609.558



Apellidos
RETAMOZO GUTIERREZ

Nombres
ELIHU MARTIN

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.50	M

Fecha de nacimiento
02 MAYO 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BARRANQUILLA (ATLANTICO)

Fecha y lugar de expedición
05 MAYO 2023, VILLAVICENCIO

Fecha de expiración
05 MAYO 2033

Firma

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ID
0197091<2

ICCOLD1970915245200 1<<<<<<<<<<<
0505022M3305050COL1044609558<0
RETAMOZO<GUTIERREZ<<ELIHU<MART

1.1 Primer nombre		1.2 Segundo nombre		1.3 Primer apellido					
ELIHU	*	MARTIN		RETAMOZO					
1.5 Departamento de Residencia				1.6 Municipio de Residencia					
META				VILLAVICENCIO					

Certificado de nacido vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carné diplomático	Salvoconducto de permanencia		
			X						

Número de Documento de Identidad	1121914202

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

2.1 IPS donde se realiza la calificación	
Grupo de inversión en sector servicios	

2.3 Tipo de Entidad Valoradora					2.4 Nro. de Folio				
EPS					1121914202				

c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO		Cognitiva	SI		NO	
Visual	SI		NO		Sistémica	SI		NO	
Auditiva	SI		NO		Voz y habla	SI		NO	
Intelectual	SI		NO		Nervio, ojo y oído	SI		NO	
Psicosocial (mental)	SI		NO		Piel	SI		NO	
Sordoceguera	SI		NO		Metabólica	SI		NO	
Múltiple	SI	X	NO		Renal	SI		NO	

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b110.2 b114.2 b117.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.288 s1107.288

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d570.2 d920.1

Psicosocial (Mental)	SI	X	NO
Sordoceguera	SI		NO
Múltiple	SI	X	NO

1. Codigos Funciones Corporales

b110.2 b114.2 b117.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.288 s1107.288

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d570.2 d920.1



identificador: 522978

Generado en: 2025-07-01

Física	SI	
Visual	SI	
Auditiva	SI	
Intelectual	SI	X
Psicosocial (Mental)	SI	X
Sordoceguera	SI	
Múltiple	SI	X

1. Codigos Funciones Corporales

b110.2 b114.2 b117.2

2. Codigos Estructuras Corporales

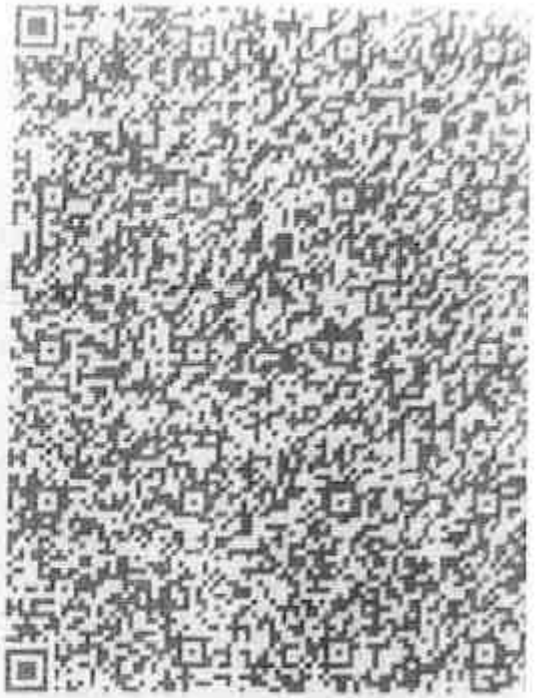
s110.288 s1107.288

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d570.2 d920.1

Identificador: 522978

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo



CCOL0710611086030001<<<<<<<<<<
'907223F3412189COL32894872<<<
;UTIERREZ<OSPINA<<SANDRA<MILI

TA DE
DANIA

REPÚBLICA DE COLOMB



NUIP 32.894.872

Apellidos
GUTIERREZ OSPINA

Nombres
SANDRA MILENA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.50

Sexo
F

Fecha de nacimiento
22 JUL 1979

G.S.
O-

Lugar de nacimiento
BARRANQUILLA (ATLANTICO)

Fecha y lugar de expedición
20 AGO 1997, BARRANQUILLA

Fecha de expiración
18 DIC 2034

SERVICIOS MEDICOS FAMEDIC
NIt.900-405-905-1
HISTORIA MEDICA ELECTRONICA
M.D. Especialistas Emma Stella Ruiz Fecha de Impresión 2024-09-17 12:20:11

Paciente ELIHU MARTIN RETAMOZO GUTIERREZ Identificación CC -1044609558

Lugar de Nacimiento Barranquilla Fecha Nacimiento 2005-05-02

Ocupación No especificada Teléfono(s) 3205747215

Edad 18 años 9 meses Estado Civil Soltero(a)

Entidad Nueva EPS Fecha de Atención 2024-02-05

Tipo de Usuario Contributivo cotizante

Acudiente SANDRA MILENA Parentesco madre

Evolución Diaria

PLAN DE INTERVENCIÓN

REPORTE

Paciente de 19 años , diagnosticado con 0909 que llega a consulta en el servicio de psicologia en buenas condiciones fisicas y emocionalmente

tranquilo con el fin de avanzar en su proceso terapeutico, para lo cual se trabaja en el dia de hoy en En invitación a expresar cualquier emoción o

sentimiento que haya experimentado, ya sea positivo o negativo, se utilizan preguntas abiertas y empáticas para fomentar la comunicación y la

expresión emocional del paciente. Se hace evaluación de eventos recientes significativos en su vida desde la última sesión que pueda haber afectado

su estado emocional. Se exploran experiencias como cambios en la rutina diaria, eventos familiares, interacciones sociales o acontecimientos

escolares, se evalúa junto con el paciente la forma de percibir y procesar estas experiencias, así como cualquier preocupación o ansiedad que

puedan haber generado. Se utilizan técnicas como la reestructuración cognitiva para abordar pensamientos negativos o distorsionados.

Su actitud y respuesta durante la sesión es comunicativo, utilizando pocas palabras, algunos gestos para expresarse. Presenta una comprensión muy

básica de las preguntas y responde de manera simple pero coherente. No se observaron signos de ansiedad o angustia significativos durante la

interacción, a nivel de pensamiento poca fluidez. Su estado psicoafectivo permanece estable apto para las actividades a desarrollar.

Historia clínica Fonoaudiología

MOTIVO DE CONSULTA

Usuario que asiste al servicio de fonoaudiología para valoración, para dar continuidad al proceso terapéutico.

VALORACIÓN

PROCESOS BIONEUROCOMUNICATIVOS

LABIOS:

Se observa integridad de la estructura, muestra un correcto funcionamiento de la estructura, en ocasiones no realiza sello labial correctamente.

LENGUA:

Se evidencia que se encuentra con un leve engrosamiento, con punta, tamaño, tono y movimiento normal, no presenta frenillo lingual.

MEJILLAS:

se observa simetría con un tono ligeramente disminuido.

DENTICIÓN:

Presenta apiñamientos y diastemas en ambas arcadas.

OCLUSIÓN

Se observa una maloclusión dental de tipo III.

PALADAR DURO:

Se observa en parámetros normales, sin fisuras palatinas ni alteraciones.

PALADAR BLANDO:

Se observa en parámetros normales.

AMIGDALAS:

No visibles.

UVULA:

Se observa en parámetros normales.

OIDOS:

Se evidencia en parámetros normales las estructuras del oído externo.

OJOS:

Uso permanente de lentes, con exotropia.

FUNCIONES

RESPIRACIÓN:

Presenta un modo de respiración nasal.

MASTICACIÓN:

Realiza procesos de masticación (incisión, trituración y pulverización), realiza una dieta de alimento de todas las consistencias.

DEGLUCIÓN:

No se observa dificultad durante el proceso deglutorio.

HABLA:

Presenta errores articulatorio y descoordinación en sus estructuras fonoarticuladoras, realiza omisión y sustitución de fonemas fricativos, africados y

vibrantes.

LENGUAJE

COGNITIVO:

Se evidencia dificultad para mantener el ritmo de algunas actividades relacionadas al análisis y memoria, interactúa continuamente los elementos del

entorno.

SEMANTICA:

reconoce los elementos de los campos semánticos que se le indica, además

relaciona características que comparten y vincula campos semánticos acorde a su

función.

PRAGMATICA:

Muestra intención comunicativa, participa de manera ocasional

durante el intercambio comunicativo, realiza espera de turno.

FORMA:

Elabora frases cortas relacionadas al tema que se indica, en ocasiones se le debe indicar el orden correcto de las silabas para formar una palabra.

EXPRESIVO:

Se comunica de manera oral, con palabras y frases sencillas, presente dificultad en describir elementos del entorno, muestra interés en los

intercambios comunicativos.

PROCESO DE LECTOESCRITURA

No aplica

HABILIDADES DE INTERACCIÓN

TOPICO CONVERSACIONAL:

En ocasiones se desvía del tema central, pero muestra interés en mantener

el intercambio comunicativo.

FLUIDEZ VERBAL:

Se observa una dificultad en relación a la prosodia e inteligibilidad,

siendo necesario que repita las palabras o frases.

ESTRUCTURACIÓN:

Forma palabras con errores de omisión y sustitución, omite reglas gramaticales al formar frases.

OBSERVACIONES

Usuario atento y colaborador durante la valoración

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA FONOAUDIOLOGICA

Usuario que es valorado con el protocolo MGBR, se evidencia tolerancia a estímulos faciales, SE OBSERVA UNA MALOCLUSIÓN DENTAL DE TIPO

III, a nivel de los ojos presenta exotropia, realiza correctamente los procesos de alimentación, en relacion al lenguaje muestra dificultad a nivel

pragmático para mantener una conversación, presenta un dificultades semánticas en área de asociación y descripción de elementos, presenta

descoordinación en estructuras fonoarticulatorias. se finaliza la sesión en optimas condiciones de salud.

PLAN DE TRATAMIENTO

OBJETIVO A CORTO PLAZO:

Favorecer procesos semánticos a nivel de asociación y descripción de elementos.

OBJETIVO A MEDIANO PLAZO:

Fortalecer procesos comunicativos e de interacción

OBJETIVO A LAGO PLAZO:

aumentar proceso de prosodia e inteligibilidad.

Historia clínica Fisioterapia

DIAGNÓSTICO ACTUAL

Q909 SINDROME DWON

INTERCONSULTA FISIOTERAPIA/MOTIVO DE CONSULTA

USUARIO QUE INGRESA AL AREA TERAPIA PORQUE FAMILIAR REQUIERE HABILITACION DE SUS MOVIMIENTOS.

HABITO DE SALUD/SOCIALES

SEDENTARIO, NO REALIZA ACTIVIDAD FISICA

FUNCIONES MENTALES

NO PRESENTA FUNCIONES MENTALES.

ESCALA DE GLASGOW

APERTURA OCULAR

4-Espontánea

RESPUESTA VERBAL

5-Orientado correctamente

RESPUESTA MOTORA

6-Obedece a ordenes correctamente

RESULTADO ESCALA DE GLASGOW:

(13-15) Traumatismo craneoencefálico leve

OBSERVACIÓN

NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE NEUROLOGICO

CRECIMIENTO Y DESARROLLO/HISTORIA DE DESARROLLO

HISTORIA PERINATAL

Cesárea

COLOR

NORMAL

OTRAS COMPLICACIONES

NINGUNA COMPLICACIONES

SECUENCIA MOTORA

POSICIONES BAJAS

NO PRESENTA ALTERACION

POSICIONES MEDIAS

BUSCA APOYO PARA PASAR DE SENDTE A BIPEDO

POSICIONES ALTAS

ACELERACION DE PASO EN MARCHA

EXAMEN SCREENING TEST Y MEDIDAS

PULMONAR

No aplica

CARDIOVASCULAR

No aplica

ENDOCRINA/METABÓLICA

No aplica

INMUNOLÓGICO

No aplica

GASTROINTESTINAL

No aplica

INTEGUMENTARIO

No aplica

NEUROMUSCULAR

No aplica

PSICOLÓGICO

No aplica

EXAMEN OSTEOMUSCULAR

FUERZA MUSCULAR

MIEMBROS SUPERIORES

Buena

MIEMBROS INFERIORES

Mala

OBSERVACIONES

DISMINUCION DE LA FUERZA EN MUSCULATURA DE TREN INFERIOR, PENDIENTE POR MEJORAR FUERZA

DIAMEN FUNCIONAL

¿Cuál?

Independiente

COORDINACIÓN

Regular

EQUILIBRIO

Mala

EVALUACIÓN DE POSTURA ESTÁTICA EPE

CABEZA

CUELLO

ESCAPULA

APENDICE XIFOIDE

OMBLIGO

HOMBROS

CODO

ANTEBRAZO

MUÑECA

MANO

DEDO

TREN INFERIOR O EXTREMIDAD INFERIOR

PIES

Eversión

MARCHA

MARCHA

Normal

SENSIBILIDAD

Normal

OBJETIVOS

1.AUMENTAR FUERZA MUSUCLAR EN TREN INFERIOR Y SUPERIOR

2.MEJORAR MARCHA, BALANCE Y EQUILIBRIO DINAMICO Y ESTATICO

3.AUMENTAR ARCOS DE MOVILIDAD

RECOMENDACIONES

FOMENTAR ACTIVIDAD FISICA EN EL USUARIO PARA DISMINUIR SU NIVEL DE SEDENTARISMO.



Valoración Terapia Ocupacional

VALORACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

AREAS DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

usuario semifuncional y semidependiente en el desempeño de actividades de la vida diaria ya que requiere de supervisión y orientación constante

para realizar actividades de higiene mayor y menor, realiza dosificación de crema dental con cierto grado de dificultad por su poca fuerza en manos, se

cepilla y lava manos y cara de manera lenta con poca coordinación bimanual . a nivel de vestido reconoce prendas de vestir, en ocasiones no

reconoce derecho-revés, se coloca las prendas de manera lenta pero se le debe orientar en ocasiones, se le dificultad abotonar, subir cremalleras,

amarrar zapatos . A nivel de actividades de la vida diaria instrumentales es dependiente no reconoce el dinero , no realiza compras , ni toma

transporte.

SERVICIOS MEDICOS FAMEDIC
NIT.900-405-505-1
HISTORIA MEDICA ELECTRONICA

COMPONENTES DEL DESEMPEÑO

A. COMPONENTE SENSORIOMOTOR

C. DESTREZAS PSICOSOCIALES Y COMPONENTES PSICOLOGICOS



CRISTAL VALERIA MARTINEZ CAICEDO
MEDICINA GENERAL

Sisbén

Fecha de consulta: 12/06/2025

Folio: 5000109214604000017585

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ELIHU MARTIN

Apellidos: RETAMOZO GUTIERREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1044509558

Municipio: Villavicencio

Lugar de consulta: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Fecha de registro: 30/03/2023

Fecha de actualización de datos: 01/11/2024

Fecha de aplicación de registro administrativo:

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

Dirección Oficina Sisbén

Nombre de la persona de contacto: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Pis

Teléfono: 32085592

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov

DEPARTAMENTO DEL META	CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD	

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO		
Nombre: Rafael Reyes Vasquez		
Fecha de Nacimiento: 01-Febrero-2017	Edad: 8	
Documento de identidad: 1234790994		
Diagnostico : Autismo en la niñez		
Direccion: Mz F casa #3 villas del ocoa (Portia)		
Telefono: 3219140404 - 3155674017 - 3103440338		
AFILIACION EPS: Salud total		
DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE		
Nombre: Lina Marcela Vasquez Monroy		
Dirección: Mz F casa #3 villas del ocoa .		
Telefono: 3219140404		
Contacto de Emergencia y telefono: 3219140404 - 3155674017 - 3103440338		
AUTORIZACIONES		
Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución SI: X NO: _____		
Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a) SI: X NO: _____		

FIRMA: Lina Vasquez

NOMBRE ACUDIENTE: Lina Marcela Vasquez Monroy

C.C. 1171241478

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Lina Marcela Vasquez Monroy, identificada con cedula de ciudadanía No. 1121841478 actuando como representante legal de mi hijo Rafael Reyes Vasquez, identificado con cedula de ciudadanía No. 1234790974 Y con diagnostico medico Autismo en la niñez, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Lina Marcela Vasquez Monroy
cc: 1121841478
cel: 3219140404.
correo: linavasquezmonroy@gmail.com.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
RAFAEL		REYES	VASQUEZ
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
META		VILLAVICENCIO	

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
			X					

Número de documento de identidad: 1234790974

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

Grupo de inversion en sector servicios

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Dia
2025	7	23

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

901597508

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	50.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	10.00
Actividades de la Vida Diaria	52.78
Participación	39.29

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b122.2 b125.2 b167.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.288

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d310.1 d598.2

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.234.790.974**
REYES VASQUEZ
APELLIDOS
RAFAEL
NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **01-FEB-2017**
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
01-FEB-2035 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
12-MAR-2024 VILLAV ENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL



P-5206150-01438406-M-1234790974-20240520 0140045193A 2 8511217003

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.121.841.478**
VASQUEZ MONROY
APELLIDOS
LINA MARCELA
NOMBRES

lina vasquez
FIRMA





HUELLA DERECHA

FECHA DE NACIMIENTO **21-NOV-1987**
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-JUN-2006 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



A-1500100-01100233-F-1121841478-20191031 00579/2060A 1 9K9934160

emsa

NIT 900600310-5

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

19420

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

281816970

"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de acarrear la palabra inmediata la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN	2025-10-03 11:09	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	2025-11-03 11:13	CUDE

6450467c7ca1a4ac5839443dbd3e4d6d5f9257a9405accc1f916a66e57ccb91017881f3acfb9aa5167ae5d1a5217b

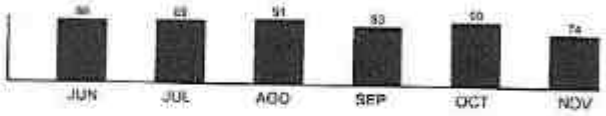
Suscriptor: FABIOLA MONROY PARRA

Dirección: MZ F CS 3 BRR VILLAS DEL OCOA

Ciudad: Villavicencio

10705

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S Lectura Anterior 29111 — Lectura Actual 29165
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:
400,94 (Valor kWh con SUBS) x 74 (Consumo en kWh) $29,670

VALOR NETO $29,670
Porcentaje de SUBSIDIO (57%) $58,383
Valor porcentaje de SUBSIDIO $-38,714
SUBTOTAL VALOR CONSUMO $21,670
OTROS CONCEPTOS:
Impuesto AP $684

SUBTOTAL VALOR OTROS $684
DESCUENTOS
Ajuste A la Decena $-4

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS $-4
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $30,350

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 80
Documento No.: DES4823142
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $36700 10-10-25
Periodo Facturado: 01-10-2025/31-10-2025
Ruta: 1-100351990

Información del Medidor

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
ISK	18-36878294	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 01-NOV-2025 12:11

ESTRATO	1	ZONA	Urbana	CICLO	1
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Ckt. Circuito	VIVI334	(VC) Horas Compensadas	0
CDO. Transformador	VIT0334	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	83
(DIU) Duración en horas de interrupciones	0	(PU) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	0	(DS) Cargo de Distribución	188.95
(DIUO) Meta por duración	21.54	(FIU) Meta por Frecuencia	20

V/r a Compensar $ 0

Costo unitario de la prestación del servicio de EMSA ESP ($/kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	329.2	Pérdidas reconocidas	PR $	60.23
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	52.97	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	30.63
Transporte en el sistema de distribución local	D $	273.2	Costo de comercialización	C $	181.67
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel [4] CU=G+T+D+C+PR+R					924.1
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,58%

Subsidios

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
12-NOV-2025	13-NOV-2025	$30,350

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO

01-10-2025/31-10-2025 Ruta: 1-100351990

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
281816970	12-NOV-2025	$30,350

(415)7709998002449(8020)028161607O(3900)0000030350

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012635 de DIC. 14-2016 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 7 Enero-25-2007 SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS VIGILADA POR

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art.130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se asimila a una letra de cambio

Electrificadora del Meta SA. Nit: 892.000.230-6. SIVDE-EMSA

Sisbén

Fecha de consulta: **14/11/2025**

Folio: **50001051646800000329**

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **RAFAEL**

Apellidos: **REYES VASQUEZ**

Tipo de documento: **Tarjeta de identidad**

Número de documento: **1234790974**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **24/10/2019**

Última actualización ciudadano: **25/07/2025**

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **YOLANDA COY HERNAND**

Dirección: **Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Pis**

Teléfono: **32085592**

Correo Electrónico: **sisben@villavicencio.gov**

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Daniel Rios Casallas

Fecha de Nacimiento 6-Julio-2010

Edad 15 años

Documento de identidad: 1'121.909.348 V/dO

Diagnostico :

Direccion: Clle 92 CSur Nº 56-81 - Manzana 15 - Casa 14

Telefono: 3214272151 - 3103578022 la Madrid

AFILIACION EPS:

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Rubiela Cañon Cuellar

Dirección: Manzana 15 casa 14 - Clle 92 CSur Nº 56-81

Telefono: 3214272151 - 3103578022 - B la Madrid

Contacto de Emergencia y telefono

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: Rubiela Cañon

NOMBRE ACUDIENTE: Maria Rubiela Cañon

C.C. 40'378.631 V/dO

Villavicencio, 18 de noviembre del 2025

Señores
Secretaría Social del Meta
Villavicencio -Meta

Asunto: Solicitud de cupo para beneficiario – Programa Gobernación del Meta

Respetados(as) señores(as):

Por medio de la presente, me permito solicitar respetuosamente el cupo para **Daniel Ríos Casallas**, identificado con Tarjeta de Identidad No. 1121909348, con el fin de que pueda integrarse al grupo de beneficiarios del programa ofertado por la Gobernación del Meta.

La participación del menor se solicita para los días miércoles 19, en el horario de 8:00 a.m. a 12:00 m y de 1:00 p.m. a 5:00 p.m., en la Corporación Ayudando a Vivir, ubicada en el sector Club de Tenis, Finca Villa Luna.

Consideramos que su vinculación al programa representa una oportunidad significativa para fortalecer su desarrollo integral, brindándole espacios seguros, formativos y protectores que contribuyan a su bienestar.

Agradecemos de antemano la atención prestada a esta solicitud y quedamos atentos a la confirmación del cupo o a cualquier información adicional requerida.

Cordialmente,

Rubiela Cañon

Rubiela Cañon Cuellar
CC 40.378.631
Madre Sustituta
321 4272151

Villavicencio, 18 de noviembre del 2025

Señores
Secretaría Social del Meta
Villavicencio -Meta

Asunto: Solicitud de cupo para beneficiario – Programa Gobernación del Meta

Respetados(as) señores(as):

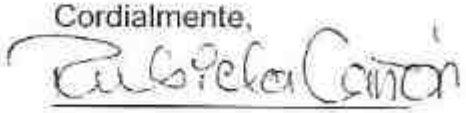
Por medio de la presente, me permito solicitar respetuosamente el cupo para **Daniel Ríos Casallas**, identificado con Tarjeta de Identidad No. 1121909348, con el fin de que pueda integrarse al grupo de beneficiarios del programa ofertado por la Gobernación del Meta.

La participación del menor se solicita para los días miércoles 19, en el horario de 8:00 a.m. a 12:00 m y de 1:00 p.m. a 5:00 p.m., en la Corporación Ayudando a Vivir, ubicada en el sector Club de Tenis, Finca Villa Luna.

Consideramos que su vinculación al programa representa una oportunidad significativa para fortalecer su desarrollo integral, brindándole espacios seguros, formativos y protectores que contribuyan a su bienestar.

Agradecemos de antemano la atención prestada a esta solicitud y quedamos atentos a la confirmación del cupo o a cualquier información adicional requerida.

Cordialmente,



Rubiela Cañon Cuellar
CC 40.378.631
Madre Sustituta
321 4272151

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
DANIEL		RIOS	CASALLAS
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
META		VILLAVICENCIO	

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
			X					

Número de documento de identidad: 1121909348

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
MULTISALUD LIMITADA	2023	12	9

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	830511298

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	62.50
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	31.25
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	50.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b1409.2 b1649.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s1109.188

3. Codigos Actividades y Participación

d175.3 d598.2 d920.2

1.121.909.348

CASALLAS

NO FIRMA



06-JUL-2010

VILLAVICENCIO
(META)

06-JUL-2028 O+ M

31-JUL-2017 VILLAVICENCIO

REGISTRADOR NACIONAL

005684/114A 1 0724553004

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **40.378.631**

CAÑON CUELLAR

APELLIDOS

MARIA RUBIELA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-NOV-1964**

VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 **A+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

19-DIC-1984 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-5200100-01267860-F-0040378631-20211122 0076637381G 3 9915911190

Sisbén

Fecha de consulta:

Ficha:

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **DANIEL**

Apellidos: **RIOS CASALLAS**

Tipo de documento: **Tarjeta de identidad**

Número de documento: **1121909348**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

Última actualización ciudadano:

Última actualización vía registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina d reside actualmente**

Ruta: 1-100071920 **2510**

emsa

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

384179802

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-11-03 12:14 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-11-03 12:15 | CUDE |

Suscriptor: **MARIA RUBIELA CAÑON CUELLAR**
Dirección: MZ 15 CS 14 BRR LA MADRID ET V
Ciudad: Villavicencio

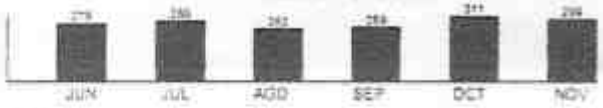
Biogrícola del Sur S.A.
Empresa de servicios públicos. BIC
Responsable de IVA
Calle 34A N.- 29 Torre 1 Barrio Surgal
Villavicencio, Meta
Autoretenedores (CA en Villavicencio
Resolución 1653-47-07-764 del
26 de junio de 2024

CÓDIGO USUARIO BIO:
0605862180 14

DOCUMENTO No:
041747859

DETALLE DE CONSUMO

2304



(1) A-S
Lectura Anterior 11643
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 11742
Anormalid 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 275
Documento No.: DE8480926
Facturas Atrasadas: 0

Ultimo Pago: $197.220 (04-10-25)
Periodo Facturado: 01-10-2025/31-10-2025
Ruta: 1-100071920

MARCA CONTADOR (EB)	NUMERO (S)	FACTOR

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 2025-11-03 12:14

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	1
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	Hogar Comunitario	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Cód. Circuito	V01802	(NC) Horas Consumidas	0
(CDI) Transformador	O1711250	(NC) Horas a compensar	0
Grupo de calidad	10	(CSC) Consumo estimado a compensar	259
(DAI) Duración anterior de interrupciones	0	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FAI) Número total de interrupciones	0	(CU) Cargo de Distribución	130.55
(CSUC) Meta por suscriptor	21.54	(TSUC) Meta por Frecuencia	20

V/r a Compensar $ 0

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	323.2	Pérdidas reconocidas	PR $	60.23
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	52.97	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	30.83
Transporte en el sistema de distribución local	D $	275.2	Costo de comercialización	C $	181.67
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (mesomio) Nivel (1)			**CU=G+T+D+C+PR+O**		924.1
					924.1

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
		No. DE CUOTAS	
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

CONCEPTO DE COBRO DE ENERGÍA	
402.64 (Cubre kWh con SUBSI) a 173 (Consumo en kWh)	$69,363
824.1 (Cubre kWh) a 126 (Consumo en kWh)	$103,827
VALOR NETO	
Facturado sin SUBSIDIO (57%)	$208,305
Valor contribución SUBSIDIO	$-40,517
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$167,789
OTROS CONCEPTOS	
Impuesto AP	$2,763
SUBTOTAL VALOR OTROS	$2,763
DESCUENTOS	
Ajuste A la Decena	$-2
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-2
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGÍA	$170,550

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

Interés Moratorio Residencial	0,49%
Interés Moratorio No Residencial	1,58%

LÍNEAS DE ATENCIÓN (608) 6784367 - 323 2040656 — **LÍNEA DIRECTA 110**

DATOS GENERALES

Mes de facturación:	OCTUBRE	Est/Cat:	1	Subsidio (%):	57
Uso:	RESIDENCIAL	Fr. recolección:	5	Contribución (%):	0
Und. residencial:	1	Fr. barrido:	2	Tasa de interés:	0,49
Und. no residencial:	0	Volumen M3:	0	Fact. vencidas:	1

HISTÓRICOS FACTURAS / TON

MES 1	MES 2	MES 3
$26.662	$26.857	$25.735
MES 4	MES 5	MES 6
$25.394	$24.524	$24.656

Componentes	Actual	Anterior
TRBL	0.003212	0.002961
TRLU	0.001573	0.001471
TRRA	0.000193	0.000183
TRA	0.037229	0.036620
TRNA	0.035253	0.037156
TAFA	0	0
TAFNA	0	0

COSTOS SERVICIO

Costo Fijo Total: 27,547
Costo Variable no aprov: 107005.27
Aprovechamiento: 6430
Valor base aprovechamiento: 170630.8833

LIQUIDACIÓN DEL SERVICIO

Cargo fijo:	$27,547
Cargo Variable:	$14,407
Descuentos:	$-643
Subsidio/Contribucion	$-16,199
Devoluciones/-):	$72
Ajuste aprovechamiento:	$4,855
TOTAL ASEO:	$29,995

OTROS SERVICIOS

Productos: $0 IVA: $0
Servicios: $0 IVA: $0
TOTAL OTROS SERV: $0

FINANCIACIONES

Base IVA	IVA financiación	Cuotas pend.	Saldo deuda	Valor cuota mes
$0	$0	0	$0	$0

Valores en reclamación $0

TOTAL Biogrícola **$29,995**

Andrea Lissette Ramirez
Gerente Biogrícola del Llano

*Puedes utilizar la exención de los Consumos de la facturación al mismo de esta factura.
**El valor de descuento corresponde a Devoluciones y descuentos puesta a punto para dar sus aplicados.

SC 1486-1 OD 1154

DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Fecha de Inicio de...	Fecha de Inicio para...	TOTAL A PAGAR
12-NOV-2025	13-NOV-2025	$218,555

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21 Señor Usuario: Le informamos que en la presente facturación usted superó en su consumo la cantidad de Kilovatios subsidiados (173 kWh-mes), por lo cual se generó un cobro de 126 kWh-mes sin subsidio. (Res. Upme 0355 de 2004)

GRAN CONTRIBUYENTE
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS
Resolución No. 012515 de DIC. 14-2016 DIAN - AGENTE AUTORTE: TIMBRADO RES No. 18647 Enero-26-2022
La presente factura presta mérito ejecutivo (Art.130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se asimila a una letra de cambio. Electrificadora del Meta S.A. E.S.P. NIT 892 099 212-9, EMSA

ACTA DE UBICACIÓN

Villavicencio – 22 de mayo de 2025

La Defensoría de Familia realiza la reubicación de unidad de servicio de DANIEL RÍOS CASALLAS identificado con T.I. 1121509348 SIM 25463711 quien se encuentra bajo protección del ICBF vinculado al programa proyecto sueños ubicada en medio familiar modalidad Hogar Sustituto y que a partir de la fecha queda bajo el cuidado de la señora o señor RUBIELA CAÑON identificada con C.C. 40.378.631 Celular 3214272151 Dirección calle 92 C sur No. 56-81 Manzana 15 casa 14 La Madrid mientras se adopte otra decisión. Con tal finalidad, el representante de la modalidad Hogar Sustituto, bajo la responsabilidad que le obliga según las disposiciones legales y administrativas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se compromete a:

1. Brindar al niño(a) o adolescente la atención y cuidados indispensables para garantizar su desarrollo integral: Físico, moral afectivo, moral, emocional, social e intelectual.
2. Informar de manera permanente al Defensor de Familia como a los integrantes de la Defensoría de Familia, por lo menos cada mes, acerca del estado general y la evolución del niño, niña o adolescente.
3. Poner en conocimiento en forma inmediata cualquier circunstancia que afecte la integridad del menor de edad y/o la prestación del servicio.
4. Impedir cualquier situación de inobservancia, amenaza o vulneración por su parte y/o por personas con las que el NNA se pueda relacionar en tanto permanece en el Hogar Sustituto.
5. Informar al Defensor de Familia o al integrante del Equipo Técnico Interdisciplinario que corresponda y al operador *(cuando esta sea operada por una ONG)* cualquier cambio de residencia, domicilio o de dirección para obtener su aprobación.
6. Solicitar la autorización del Defensor de Familia para la reubicación de los NNA que se encuentran en el Hogar Sustituto Tutor, en caso de que la madre o padre sustituto desee realizar cambio de residencia.
7. Permitir el seguimiento y acatar las disposiciones de la Defensoría de Familia como las directrices del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, o de las personas autorizadas, en cuanto a las medidas de protección y restablecimiento de los derechos de los NNA a su cargo.
8. Incentivar la participación de los niños o adolescentes a su cargo en las actividades individuales o colectivas programadas por el ICBF, entidades u organizaciones contratadas por éste.
9. Cumplir con las citaciones programadas para la realización de las visitas o encuentros de los niños, niñas y adolescentes con sus familias de origen o extensa, en el Centro Zonal, Comisaría de Familia, Inspección de Policía o en el lugar que disponga o autorice la Autoridad Administrativa.
10. Acompañar el proceso de preparación de los niños, niñas y adolescentes para el egreso de

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO	
Nombre: Jose Manuel Rocha Arevalo.	
Fecha de Nacimiento: 24 Septiembre 1995.	Edad: 30
Documento de identidad: 1.121.932.265	
Diagnostico : Sindrome Douwn.	
Direccion: C 21 12 C 12 14 MZ LE CS 11	
Telefono: 310 676 9194	
AFILIACION EPS: Salud Total	

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE
Nombre: Nelly Arevalo
Dirección: C 21 12C 12 14 MZ LE CS 11
Telefono: 310 876 9194
Contacto de Emergencia y telefono

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: Nelly Rocha A

NOMBRE ACUDIENTE: Nelly Rocha Arevalo

C.C. 40 367 864

Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 310 401 25 49 – 304 535 46 37 – 313 293 78 53
Corpoayudandoavivir4@gamil.com

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Nelly Rocha Arevalo., identificada con cedula de ciudadanía No. 40 367 864 actuando como representante legal de mi hijo Manuel Rocha., identificado con cedula de ciudadania No. 1.121 932 265 Y con diagnostico medico Sindrome Down., me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Nelly Rocho A

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.121.932.265**

ROCHA AREVALO

APELLIDOS

JOSE MANUEL

NOMBRES





NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

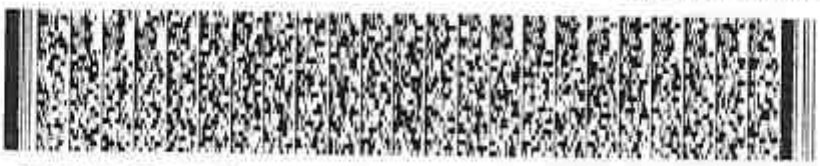
FECHA DE NACIMIENTO **24-SEP-1995**

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-MAR-2014 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P:5200100-00068772-M-1121932265-20140502 0038288707A 1 42317240

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.367.864

OCHA AREVALO

ELLIDOS

ELLY

RES



FIRMA

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO 02-MAR-1961

CUBARRAL
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-NOV-1980 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

C DE DERECHO

A-5200100-00131137-F-0040367864-20081123 0006842691A 1 6760016745

Digitized by CamScanner

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JOSE	MANUEL	ROCHA	AREVALO

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1121932765

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
MULTISALUD LIMITADA	2021	1	20

2.3 Departamento	2.4 Municipio
META	VILLAVICENCIO

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	75.00
Movilidad	65.00
Cuidado Personal	62.50
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	65.00
Participación	59.38
GLOBAL	67.31

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b3100.3 b789.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s198.399 s398.399 s7401.253

3. Codigos Actividades y Participación

d155.3 d161.3 d4602.3

[redacted]

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
JUAN CARLOS FELIZZOLA DIAZ	Fisioterapia	CC-1082897204
LEYVIS RONNEY PARRADO RODRIGUEZ	Enfermería	CC-1121912325
XIOMARA ALEXANDRA PIÑEROS TURRIAGO	Medicina	CC-53107376

XIOMARA PIÑEROS TURRIAGO
MEDICO ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
C.C. 53107376
Reg. 5911159.101397

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *JOSE MANUEL ROCHA AREVALO* manifiesto que: *SI*

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Nombre y Firma

Documento: CC-1121932265

Autorizo el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula. *SI*

1. "El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional. Sin los formatos requeridos el certificado de discapacidad no tendrá validez

de Acueducto y Alcantarillado
de Villavicencio EAAV - E.S.P.

CÓDIGO USUARIO	033876
FACTURA No.	33237147
PERÍODO FACTURADO:	23-02-2025 - 25-03-2025

CÉDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDAS	FECHA DE IMPRESIÓN
500010104000003430014000000000	0	[illegible]

DATOS DEL SUSCRIPTOR

AREVALO CASALLAS BETSABE
222222222222
C 21 12C 12 14 MZ LE CS 11
OLIMPICO ZD - 1404

CLASE DE USO	ESTRATO	ESTADO	FECHA DE SUSPENSIÓN
RESIDENCIAL	2		23-04-2025

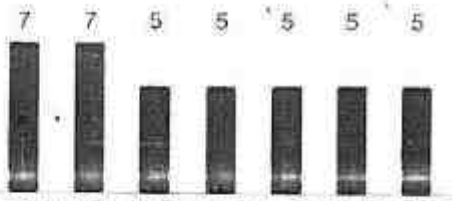
DATOS TÉCNICOS

CICLO	RUTA	DIÁMETRO	No. DE MEDIDOR	PRECINTO No.
11	1105 110522500000 ORDEN 257	1/2	1800000061	283459

INFORMACIÓN DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 6

NOVEDAD LECTURA: NORMAL



LECTURA ACTUAL	LECTURA ANTERIOR	CONSUMO FACTURADO	ALCANTARILLADO
432	427	5	5

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN		CANT	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO (1)							
Cargo Fijo		1	7.627,65	7.627,65	2.745,95	0	4.881,70
Consumo Basico	0 - 16	5	2.920,14	14.600,70	5.256,25	0	9.344,45
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.920,14	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.920,14	0	0	0	0
TOTAL ACUEDUCTO					8.002,21	0	14.226,14
ALCANTARILLADO (2)							
Cargo Fijo		1	6.429,58	6.429,58	2.314,65	0	4.114,93
Consumo Basico	0 - 16	5	2.965,78	14.828,90	5.230,40	0	9.298,50
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.965,78	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.965,78	0	0	0	0
TOTAL ALCANTARILLADO				20.958,48	7.545,05	0	13.413,43
TOTAL MES				43.186,63	15.547,26	0	27.639,57

Total Items 5

OTROS COBROS

CONCEPTO	VALOR
Ajuste a la Decena	1,60
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]

COLOMBIA
VIDA

Bogotá, Jueves 27 de Febrero de 2025

Señor(a)
NELLY ROCHA AREVALO
Dirección: villavicencio
Teléfono: 3
VILLAVICENCIO, META, 48

Consultando el Registro Único de Víctimas (RUV) el día Jueves 27 de Febrero de 2025, nos permitimos informar el estado y hecho(s) victimizante(s) por el cual se encuentra registrado(a) **NELLY ROCHA AREVALO** identificado(a) con cedula de ciudadanía / contraseña **40367864**, en calidad de declarante y/o jefe de hogar:

1062542	1062542 (SIPOD)	Incluido	Desplazamiento Forzado	28/11/2008	VICHADA (99)	CUMARIBO (99773)

Que dentro de la declaración rendida **1062542** y el hecho victimizante **Desplazamiento Forzado**, se evidencia la relación del siguiente núcleo familiar:

VICTOR HERNANDO IZQUIERDO ROCHA	Hijo(a)/Hijastro(a)	1121825651	Incluido	28/11/2008
ZOHAN ZAHIRA IZQUIERDO MORALES	Nieto(a)	1025147711	Incluido	28/11/2008
JOSE MANUEL ROCHA AREVALO	Hijo(a)/Hijastro(a)	1121932265	Incluido	28/11/2008
NELLY ROCHA AREVALO	Jefe(a) de hogar (Declarante)	40367864	Incluido	28/11/2008

Código Verificación: 2025022715040242

Debe tener en cuenta que la conformación del grupo familiar inscrito en el Registro Único de Víctimas está determinado por la información que de manera libre y voluntaria realizó la persona que declaró ante el Ministerio Público. De esta manera, el grupo familiar queda registrado tal y como lo expresó el (la) declarante, quien lo conformó , basado en los factores de tiempo, modo y lugar de los hechos victimizantes.

De conformidad con el Artículo 15 de la Constitución, toda la información suministrada por la Víctima y aquella relacionada con la solicitud de Registro es de carácter RESERVADO, citado en el parágrafo 1° del Artículo 156 de la Ley 1448 de 2011; de igual manera el artículo 31 del decreto 4800 en su numeral noveno señala: "Garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información y abstenerse de hacer uso de la información contenida en la solicitud de registro o del proceso de diligenciamiento para obtener provecho para sí o para terceros".

Conforme a lo anterior y dadas las facultades legales descritas no se emitirán copias de este documento a ninguna otra entidad, ni persona natural o jurídica.

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO
ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Jorge Sebastian Lumen Pedraza

Fecha de Nacimiento: 08-12-94 Edad: 30

Documento de Identidad: 1.121.918.353

Diagnostico: Discapacidad Cognitiva

Direccion: Cll 18 No. 16-39 Remanso

Telefono: 3142538657

AFILIACION EPS: La Nueva EPS

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Carmen Belen Pedraza Duenas.

Direccion: Cll 18 No. 16-39 Remanso

Telefono: 3142538657

Contacto de Emergencia y telefono

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta, para el empleo de material fotografico y o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: Carmen Belen Pedraza D.

NOMBRE ACUDIENTE: Carmen Belen Pedraza Duenas.

C.C. 21.236.248.

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Carmen Belen Pedraza Duenas identificada con cedula de ciudadania No. 21.236.295 Villo actuando como representante legal de mi hijo Jorge Sebastian Romero Pedraza identificado con cedula de ciudadania No. 1.121.918.353 Y con diagnostico medico Discapacidad Cognitiva, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Carmen Belen Pedraza Duenas
Carmen Belen Pedraza Duenas



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.918.353
ROMERO PEDRAZA

APELLIDOS
JORGE SEBASTIAN

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-DIC-1994
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA
O- G.S. RH
M SEXO

20-DIC-2012 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

P-5300100-0944730-M-1121918353-20130710 0033823769A 1

Bogotá, 15 de diciembre de 2005 2:20 p. m.





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

1.5 Departamento de Residencia
META

1.6 Municipio de Residencia
VILLAVICENCIO

1.7 [illegible] de Identidad

Tarjeta de Identidad	Cédula de Ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carné diplomático	Permiso especial de permanencia
[illegible]	X				

[illegible] 1121918383

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACION MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACION

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
TECNOLOGIA ESPECIALIZADA EN SALUD DEL META S.A.S	2024	11	26

2.3 Tipo de Entidad Valoradora
IPS

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
901800415

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

[illegible]	SI		NO X
[illegible]	SI		NO X
[illegible]	SI		NO X
[illegible]	SI	X	NO
[illegible]	SI	X	NO
[illegible]	SI		NO X
[illegible]	SI	X	NO

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	50.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	50.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

[illegible]

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1121918353
NOMBRES	JORGE SEBASTIAN
APELLIDOS	ROMERO PEDRAZA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/10/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	12/10/2025 16:19:20	**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.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

Sisbén

Fecha de consulta: 10/12/2025

Folio: 500011792378800001052

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JORGE SEBASTIAN

Apellidos: ROMERO PEDRAZA

Tipo de documento: Cédula de ciudadania

Número de documento: 1121918353

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/09/2024

Última actualización (encuesta): 18/09/2024

Última actualización no relevante administrativa:

*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: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

eaav Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio EAAV - E.S.P.

NIT 892000264 - 1

CÓDIGO USUARIO	038522
FACTURA No.	33402365
PERIODO FACTURADO	26-03-2025 - 23-04-2025

CEDULA CATASTRAL	FACTURAS VENCIDAS	FECHA DE IMPRESION
50001010400000492000700000000	0	2025-05-06T11:20:22 2025-05-06T07:55:38

DATOS DEL SUSCRIPTOR

ROMERO GOMEZ JORGE URIEL
222222222222
C 18 16 39 MZ M CS 7
EL REMANSO
ZO - 7264

CLASE DE USO	ESTRATO	ESTADO	FECHA DE SUSPENSION
RESIDENCIAL	3		21-05-2025

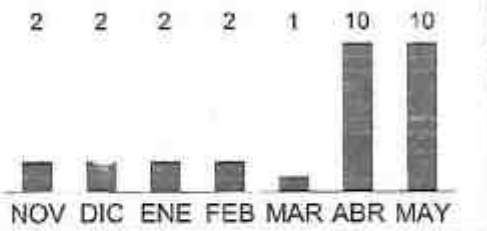
DATOS TECNICOS

CICLO	RUTA		DIÁMETRO	No. DE MEDIDOR	PRECINTO No.
11	1117 11769600000	ORDEN 758	1/2	041001442	

INFORMACION DE CONSUMO

PROMEDIO MES: 3

NOVEDAD LECTURA: NORMAL



2005	1995	10	10

LIQUIDACIÓN DE LA CUENTA

DESCRIPCIÓN		CANT.	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL	MENOS SUBSIDIO	MAS APORTE	VALOR A PAGAR
ACUEDUCTO (1)							
Cargo Fijo		1	7.627,65	7.627,65	686,49	0	6.941,16
Consumo Basico	0 - 16	10	2.920,14	29.201,40	2.628,13	0	26.573,27
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.920,14	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.920,14	0	0	0	0
TOTAL ACUEDUCTO					3.314,61	0	33.514,44
ALCANTARILLADO (2)							
Cargo Fijo		1	5.429,58	5.429,58	578,66	0	4.850,92
Consumo Basico	0 - 16	10	2.905,78	29.057,80	2.615,20	0	26.442,60
Consumo Complementario	17 - 32	0	2.905,78	0	0	0	0
Consumo Suntuario	>= 33	0	2.905,78	0	0	0	0
TOTAL ALCANTARILLADO				35.487,38	3.193,86	0	32.293,52
TOTAL MES				72.316,43	6.508,48	0	65.807,95

Total Items 5

OTROS COBROS

CONCEPTO	VALOR
Decena	3,91
Ajustes a Impuestos ACU 8747	-1.811,80
TOTAL AJUSTES APLICADOS (-)	-1.811,80
TOTAL OTROS COBROS (3)	3,91

	0
CARTERA INVESTIGACION	0
PROCESO COACTIVO	0

INFORMACION DE INTERES

Cargo fijo AC	6.941,16	Cargo fijo AL	4.850,92
Consumo Básico AC	2.657,33	Consumo Básico AL	2.644,26
Consumo Complementario AC	0	Consumo Complementario AL	0
Consumo Suntuario AC	0	Consumo Suntuario AL	0

Esta factura incluye los siguientes valores por tasa destinados a las autoridades ambientales: (Ley 99 de 1993):

SERVICIOS	Tarifa por m³
Acueducto (Tasa por uso)	$ 4,88
Alcantarillado (Tasa retributiva)	$ 108,55

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
Numero consecutivo FEV SETT1028792

AUGUSTO ALEJANDRO APONTE PINZON
GERENTE GENERAL

pague a tiempo

PAGUE HASTA
19-MAY-2025

TOTAL A PAGAR
64.000

Somos Autorretenedores Res DIAN 0013/2012
LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO DE ACUERDO CON EL ART. 130 DE LA LEY 142/94
RES5892024

CUFE 670b113d8ba0fcfcaa7bd762a7763253e84db4187f40077405d32c4b30b0d7b0d58bc8b850f5e11c0f7bd0d8e1a346a3a7

Realiza tus trámites sin salir de casa
- PQRS
- Información general
- Reporte de daños y solicitudes de asistencia técnica
Llámanos 608 681 8080

FORMA DE PAGO CONTADO
MEDIO DE PAGO EFECTIVO

Puntos de pago

- Banco de Occidente
- Bancolombia
- Banco de Bogotá
- Cajeros ATH
- Banco BBVA
- Consuerte
- Itau
- COTREM
- Puntos Redeban
- EFECTY
- Banco de Popular
- Banco Agrario

www.eaav.gov.co

Proveedor Tecnológico

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD



DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Zaro Edith Ruedo Cervera.

Fecha de Nacimiento: 11 Febrero 2009 — Edad: 17 años

Documento de identidad: 1.121.973.871.

Diagnostico: Cognitivo.

Direccion: Cra 8A Sur 58-04 MZ 12 Ameritos

Telefono: 3204671678 - 3133064165.

AFILIACION EPS: Capital Salud.

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Diva Eddy Cervera Sanchez.

Direccion: C8A Sur 58-04 MZ 12.

Telefono: 3204671678 - 3133064165.

Contacto de Emergencia y telefono: 3133064165.

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: ✓ NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta, para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: ✓ NO: _____

FIRMA: Diva Eddy Cervera Sanchez.

NOMBRE ACUDIENTE: Diva Cervera.

C.C. 30'054.338.

Valledupar, Nbre. 13/20.25.

Señores
Gerencia departamental discapacidad.

Cordial Saludo

respetuosamente solicito el cupo que me fue asignado por la corporacion ayudando a vivir para mi nieta Zara Gamith Rueda Cruz. identificada con tarjeta de identidad. No. 1.121.973.871.
Adjunto los documentos me fueron solicitados.

Atte. Diva Enny Herrera Sanchez.
C: 36'094.338.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
SARA	EDDITH	RUEDA	CRAVO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad		Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
			X					

Numero de documento de identidad: 1121973871

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
BELISARIOS VELASQUEZ & ASOCIADOS SAS	2023	12	20

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	830504600

c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	62.50
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	69.44
Participación	60.71

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b140.2 b163.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.288

3. Codigos Actividades y Participación

d155.3 d598.2 d820.3

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NUMERO **1.121.973.871**

RUEDA CRAVO

APELLIDOS

SARA EDDITH

NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **11-FEB-2009**

ESTADO BARINAS-BARINAS
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO

11-FEB-2027 **B+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

03-FEB-2020 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



P:5060100-01137262-F-1121973871-20200310 0070520428A 1 5208432

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 30.054.338



CERVERA SANCHEZ

DIVA EDDY

COL 1.50 F

27 SEPT 19[illegible] O+

VENADILLO (TOLIMA)

16 AGO 1979, SAN JUAN DE ARAMA

04 MAR 2025



I<COL0759950724520 58<<<<<<<<<<
6009278F3503041COL30054338<<<2
CERVERA<SANCHEZ<<DIVA<EDDY<<<<

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 13/11/2025

Ficha: 50001027745200001979

A4

GRUPO SISBEN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SARA EDDITH

Apellidos: RUEDA CRAVO

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1121973871

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	16/08/2019
Última actualización ciudadano:	11/05/2021
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:	YOLANDA COY HERNAND
Dirección:	Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Pis
Teléfono:	32085592
Correo Electrónico:	sisben@villavicencio.gov

¿Hemos actualizado tu información? Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otras registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de la 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
- ADRES – Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT – Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO – Fondo para el Financiamiento del Sector

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO
ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Carlos Andrés Saavedra Torres

Fecha de Nacimiento: 30 de Abril 1984

Edad: 41 años

Documento de identidad: 86.085.830

Diagnostico: Retardo mental.

Direccion: Calle 45A # 52-18 V/cio

Telefono: 3142192428

AFILIACION EPS: FAMISANAR

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Alba Enid Torres Gonzalez

Direccion: Calle 45A # 52-18 Vereda V/cio

Telefono: 3142192428

Contacto de Emergencia y telefono: 3153309115 Fabian Saavedra (Hermano)

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institucion

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: [signature]

NOMBRE ACUDIENTE: Alba Enid Torres

C.C. 41.625.464 Inz

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Alba Inés Torres G., identificada con cedula de ciudadanía No. 41.624.464 de Bog, actuando como representante legal de mi hijo Carlos Andrés Saavedra T., identificado con cedula de ciudadanía No. 86.085.836 Con Retardo mental, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,



OEI

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
CARLOS	ANDRES	SAAVEDRA	TORRES

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía		Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
				X				

Número de documento de identidad: 86085836

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

Grupo de inversión en sector servicios

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2025	6	6

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

901597508

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	79.17
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	30.00
Actividades de la Vida Diaria	75.00
Participación	56.25

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b122.3 b125.3 b1258.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.388 s1108.388

3. Codigos Actividades y Participación

d155.3 d598.2 d879.1

021

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
LESLY MARITZA VELASQUEZ SALCEDO	Terapia ocupacional	CC-1074131005
JAVIER CAMILO GARCIA BARBOSA	Psicología	CC-1121935303
WILSON PULIDO CASTAÑEDA	Medicina	CC-79411187

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
86.085.836
NUMERO

SAAVEDRA TORRES
APELLIDOS

CARLOS ANDRES
NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-ABR-1984
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

18-JUN-2003 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADORA NACIONAL

P-5200100-68117831-M-0086085836-20030508 04663032518 01 148548284

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.624.464**

TORRES GONZALEZ
APELLIDOS

ALBA INES
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-MAY-1954**
BUENAVISTA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-JUL-1975 **BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-5201003-41623811-F-0041624464-20040402 0018E 04593H 02 116371953

Sisbén

C6

Fecha de consulta: 20/11/2025

Ficha: 50001048646600000036

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: CARLOS ANDRES

Apellidos: SAAVEDRA TORRES

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 86085836

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 08/07/2019

Última actualización ciudadano: 17/07/2019

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

emsa

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

182242807

"El no pago de su factura de cobro en los [illegible] el primer día hábil siguiente a la suspensión del servicio por mora. Contra [illegible] de suspensión, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente [illegible] de aplicación dispuestas por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (5) días [illegible] a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia [illegible] Domiciliarios". En caso de aportarse la palabra inmediato la suspensión [illegible] por no ser posible realizarse en cualquier momento".

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-11-12 08:38 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-11-12 08:40 | CUDE | 4b4cda68a8d3385fdaaacb09b42e5b9d1864773f3b852291469b0aea7654b87cad32753213c2710681dec4f457b0b92f

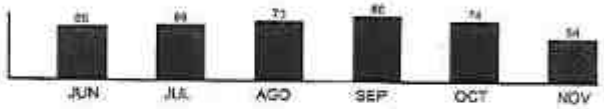
Suscriptor: ALBA INES TORRES GONZALEZ

Dirección: CL 45A 52 18 BRR VIRREY

8706

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 17112 — Lectura Actual 17186
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalía 0

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 73
Documento No.: DES5096682
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $35380 17-10-25
Periodo Facturado: 11-10-2025/10-11-2025
Ruta: 14-1408752520

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
ELS	12073354	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 12-NOV-2025 10:11

ESTRATO	2	ZONA	Urbano	CICLO	22
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Cód. Circuito	V10104	(HC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	VIT125	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CEC) Consumo estimado a compensar	00
(DIU) Duración en horas de interrupciones	792	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	4	(CD) Cargo de Distribución	189.05
(DIUG) Meta por duración	21.84	(FIUC) Meta por Frecuencia	20

V/r a Compensar $ 0

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	522.2	Pérdidas reconocidas	PR $	60.23
Transporta en el sistema de transmisión nacional	T $	52.87	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	30.83
Transporta en el sistema de distribución local	D $	275.2	Costo de comercialización	C $	181.67
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel ( )			CU=G+T+D+C+PR+R		924.1
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1.38%

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía: 591.19 (Valor kWh con SUBSI) x 54 (Consumo en kWh)	$27,064
VALOR NETO	$48,901
Porcentaje de SUBSIDIO (46%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-22,837
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$27,064
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$996
SUBTOTAL VALOR OTROS	$996
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-2
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-2
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$28,060

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

24-NOV-2025	25-NOV-2025	**$28,060**

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO

11-10-2025/10-11-2025 Ruta: 14-1408752520

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
182242807	**24-NOV-2025**	**$28,060**

(415)7709998002449(8020)182242807(3900)0000028060

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

RES No. 012535 de DIC. 14-2016 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 06 INTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

GRAN CONTRIBUY VIGILADA POR LA

La presente factura genera interés moratorio [illegible]

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Nelson Shamir Simmonds Pereira

Fecha de Nacimiento 01-03-1989

Edad 36 años

Documento de Identidad: 1.121.852.178

Diagnostico Autismo y Epilepsia

Direccion: Manz. H. Cs 33 Acapulco.

Telefono: 310 3000830

AFILIACION EPS:

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Ilse del Rosario Pereira

Dirección: Manz. H. Cs. 33

Telefono: 310 3000830

Contacto de Emergencia y telefono

Hijo.: 312 594 3845 (Marilyn Restrepo)

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: _____

NOMBRE ACUDIENTE: Ilse del Rosario Pereira

C.C. 41.657.064 de Villavicencio

Sede Club de Leones, Finca Villa Lucia Vereda Vanguardia
Cel. 310 402 23 79 – Tel. 325 45 37 – 313 293 72 56
Corporacionayudandoavivir@gmail.com

Villavicencio. Noviembre 2025

Señores

Secretaria Social

Gobernación del Meta

Ciudad

Ref : Solicitud cupo

Apreciados señores;

Por medio de la presente me permito solicitar un cupo para mi hijo **Nelson Shamir Simmonds Pereira** identificado con cédula de ciudadanía No. 1.121.852.178 de Bogotá con diagnóstico de autismo y epilepsia

Agradezco de antemano su gran apoyo para que se tenga en cuenta en los programas de rehabilitación debido a que pertenece a población vulnerable y sin recursos económicos para tal fin.

Quedo atenta a su amable respuesta

Cordialmente,

Ilse del Rocio Pereira A.

C.C 41.657.064 de Btá

Celular 3103000830

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
NELSON	SHAMIR	SIMMONDS	PEREIRA

1.5 Departamento de Residencia: META

1.6 Municipio de Residencia: VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía		Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
				X				

Número de documento de identidad: 1121852178

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación: prevencion integral en salud ips sas

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2025	4	26

2.3 Tipo de Entidad Valoradora: NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora: 900547903

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	79.17
Movilidad	15.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	60.00
Actividades de la Vida Diaria	62.50
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b122.3 b139.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.288 s150.188 s198.188

3. Codigos Actividades y Participación

d155.3 d161.3 d175.3



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.852.178

APELLIDOS

NELSON GHAMER

NOMBRES

NELSONS.



FECHA DE NACIMIENTO 01-MAR-1989

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

17-MAY-2007 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.657.064
PEREIRA ALDANA

ELSE DEL ROCIO

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 28-AGO-1956
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA O+ G.S. RH F SEXO

17-ENE-1976 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A 5301100-00217764-F-0041657064-20130202 0021760041A 2 3370100

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta:

Ficha:

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: NELSON SHAMIR

Apellidos: SIMMONDS PEREIRA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1121852178

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

Última actualización ciudadano:

Última actualización vía registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la ofic actualmente**

emsa
Electrificadora del Meta S.A.
NIt. 892002210-5

Calle 37A 4-53 Barrio los Valles Acacias Villavicencio
Línea 115 (marcación gratuita desde la red fija nacional)
(608) 6778575
Desde celular (marcación gratuita)
316 877 5035
WhatsApp: 316 877 5464

10508

www.electrificadoradelmeta.com

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

426955117

"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponerse en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de aparecer la palabra inmediato la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-10-10 13:21 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-10-10 13:28 | CUDE | 36b1974e1bd63589d0d30738797e2a0c0448d9de1ed9b6d0dcea3230ceb017d105afd812c204789dd471adfe839d7ce

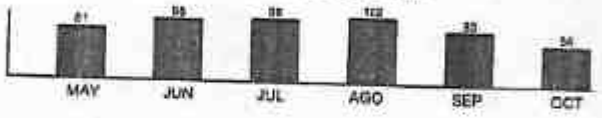
Suscriptor: ILSE DEL ROCIO PEREIRA ALDANA

Dirección: CL 13 SUR 15 11 E MZ A CS 30 BRR ACAPULCO

5603

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(2) A-S Lectura Anterior 21808
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 21872
Anomalía 0

Consumo Promedio Lit. 6 Meses: 94
Documento No.: DES4626972
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $42880 22-09-25
Período Facturado: 08-09-2025/08-10-2025
Ruta: 36-3638891430

Información técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
MET	80070947	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 10-OCT-2025 02:10

ESTRATO	2	ZONA	Urbano	CICLO	33
CLASE	Residencial	CÓDIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Indicadores de calidad

Valor anterior	VT2023	(HC) Horas Compensadas	0
	VT2024	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	13	(CBC) Consumo estimado a compensar	182
(DIU) Duración en horas de interrupciones	30.22*	(%d) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FIU) Número total de interrupciones	23	(Dt) Cargo de Distribución	188.25
(DMAG) Meta por duración	21.54	(FIUG) Meta por Frecuencia	20

V/r a Compensar $ 0

Costo unitario de la prestación del servicio de EMSA ($ / kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $	313,58	Pérdidas reconocidas	PR $	58,66
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	51,66	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	36,41
Transporte en el sistema de distribución local	D $	260,4	Costo de comercialización	C $	177,95
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=G+T+D+C+PR+R					907,88
Interés moratorio residencial		0,49%	Interés moratorio no residencial		1,58%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía
499,57 (Valor kWh con SUBS) x 64 (Consumo en kWh) $31,972

VALOR NETO $32,662
Porcentaje de SUBSIDIO (46%) $-26,119
Valor porcentaje de SUBSIDIO $31,972
SUBTOTAL VALOR CONSUMO
OTROS CONCEPTOS:
Impuesto AP $1,162

SUBTOTAL VALOR OTROS $1,162
DESCUENTOS:
Ajuste A la Decena $-4

SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS $-4
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA $33,130

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
20-OCT-2025	21-OCT-2025	$33,130

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ

FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO 08-09-2025/08-10-2025 | Ruta: 36-3638891430 | Código del cliente 426955117 | Fecha de vencimiento 20-OCT-2025 | Valor a pagar $33,130

(415)7709998002445(8020)426955117(3900)0000033130

emsa
Nit. 892002210-5

VIGILADO SUPERSERVICIOS

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012835 de DIC-14-2010 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 0647 Enero-25-2002
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art.130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se entiende aceptada si no reclama dentro de los diez días siguientes a su recibo

Electrificadora del Meta SA, Nit: 892.002.210-5, SWDE-EMSA

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO	
Nombre: Josseph Camilo Salano Melo	
Fecha de Nacimiento 27-01-2012	**Edad** 12
Documento de identidad: 1121 911 694	
Diagnostico : Sindrome de Down	
Direccion: Cl 41 18 61 Bar el delmo	
Telefono: 322 887 0441	
AFILIACION EPS: Dispensario medico	

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE
Nombre: Olga Luna Melo
Dirección: Cl 41 18 61 Bar el delmo
Telefono:
Contacto de Emergencia y telefono

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: _____

NOMBRE ACUDIENTE: Olga Luna Melo

C.C. 40 341 061

Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 310 401 25 49 – 304 535 46 37 – 313 293 78 53
Corpoayudandoavivir4@gamil.com

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Olga Lucia Melo Hernandez, identificada con cedula de ciudadania No. 40.341.061 actuando como representante legal de mi hijo Joseph Camilo Solano Melo, identificado con cedula de ciudadania No. 1121 911 699 Y con diagnostico medico Sindrome de Down, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.121.911.699**

SOLANO MELO

APELLIDOS

JUSSEPH CAMILO

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



Digitized by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **27-ABR-2012**

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

27-ABR-2030 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

27-ENE-2020 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-5290100-01131575 M-1121911699-20200210 0070022900A 1 9500262558

Powered by CamScanner

40.341.061

MELO VERNAZA

OLGA LUCIA



FECHA DE [illegible] 03-MAY-1985

SAN JOSE DEL GUAVIARE
(GUAVIARE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 A+ F

ESTATURA G S RH

24-JUN-2003 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

[illegible]

ALEXANDER VEGA ROCHA

A-5202000-01140695-F-0040341061-20200605 0070852140A 1 53380420

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JUSSEPH	CAMILO	SOLANO	MELO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
			X					

Número de documento de identidad: 1121911699

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
DISPENSARIO MEDICO ORIENTE-APIAY	2025	7	22

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
BT	500010119201

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	62.50
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	39.29

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b1641.2 b199.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.278

3. Codigos Actividades y Participación

d155.3 d598.2 d920.2

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
YENSLY YESENIA TORRES ROJAS	Medicina	CC-40340544
MARIA FERNANDA AVENDAÑO JIMENEZ	Terapia ocupacional	CC-52258430
LEIDY JOHANNA NOVA ESTUPIÑAN	Fisioterapia	CC-53048934

El certificado de discapacidad no se empleara como medio para el reconocimiento de las prestaciones economicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificacion de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

REPUBLICA DE COLOMBIA
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD



SLP No. **R 1121911699** **EJC**

SOLANO MELO JUSSEPH CAMILO

AFILIADO:

SOLANO BELLO ROGELIO
C 74753483

ESM: **4012HOSPITAL MILITAR DE ORIEN**

USUARIO: **HIJO** DISCAPACIDAD: **Ninguna**

AFILIACION May 23 2012 VENCE: Abr 27 2030

Digitized by CamScanner

A1232173

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INSTRANSFERIBLE

Documento válido para uso de Servicios de Salud F.F.M.M. Según lo establece la ley 352 de 1997, el decreto 1795 de 2000 y demás normas concordantes.

Debe presentar Documento Identidad y se debe verificar de que el afiliado este activo en el sistema.

En caso de pérdida por favor informar a la respectiva dirección de Sanidad Militar en término de 48 horas.

Si este carné es encontrado por favor informar al **PBX: 3238555 ext: 1301, 1314, 1315** Bogotá.

Correo Electrónico afiliaciones@sanidadfuerzasmilitares.mil.co

www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co

Scanned by CamScanner

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL

H522

DISPENSARIO MÉDICO ORIENTE
OPTOMETRÍA

0327

FECHA: 8 04 2024

GRADO: H/SLP (R). NOMBRES Y APELLIDOS: Jesseph Camilo Salamo.

IDENTIFICACIÓN: 1121911699 EDAD: 11a.

Rx:	ESFERA	CILINDRO	EJE	A.V
OD	+1.75	-1.25	175°	20/25 =
OI	+0.75	-1.25	180°	

DP°: VP 27mm

TIPO DE LENTE: Plásticos FILTRO: _____ COLOR: _____

TRATAMIENTO: _____ MATERIAL: _____

OBSERVACIONES: Uso permanente

LO 103050

Patricia Rueda
OPTOMETRA
U. de la Salle
Reg. 034 CNTPO

FIRMA Y SELLO: _____ REG. PROFESIONAL: 0034

Powered by CamScanner

Sisbén

Fecha de consulta: 09/12/2025

Ficha: 500010981463500004105

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **JUSSEPH CAMILO**

Apellidos: **SOLANO MELO**

Tipo de documento: **Tarjeta de identidad**

Numero de documento: **1121911699**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/05/2024

Ultima actualizacion realizada: 19/05/2024

Ultima actualizacion en registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

Direccion: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Telefono: 3208559257

Correo Electronico: sisben@villavicencio.gov.co

ermsa

CÓDIGO DEL CLIENTE

166235201

Suscriptor BERNARDO MELO M

Dirección CL 41 16 62 MZ 17 CS 6 BAR CELIRIO

Ciudad

DETALLE DE CONSUMO



L21 A-S Lectura Anterior 26180
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 26338
Anormalia 0

Consumo Promedio UK x Meses 177
Documento No. DSJ0415859J

Ultimo Pago $77320 17-08-25
Periodo Facturado 06-08-2025/03-09-2025

MARCA CONTADOR (13)	NUMERO (3)	FACTOR
AKT	16338417	1

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	32
USUARIO	Residencial	CODIGO CIIU	RESIDENCIAL	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

	M1:220	[HO] Horas Comprometidas	0
	M2:1800	[HP] Horas Pico	0
	1.1	[CSC] Consumo subsidiado o comprometido	171
	17.531	[Kw] Promedio de Alumbrado del sector	20
	31	[DC] Días de Facturación	30
	25.32	[PMA] Mora por Pagar	25

Vlr a Compensar $ 0

CONCEPTO			CONCEPTO		
Consumo subsidiado o comprometido	$	308.8	Pérdidas reconocidas	PR $	57.84
Contribución por el consumo de subsistencia suntuario	$	66.65	Otros costos asociados al mercado de energía	$	42.65
Transporte en el sistema de transmisión nacional	$	209.71	Costo de comercialización	C $	156.11
Total Cuo Calculador(Creg 119-07) [monomio] Nivel [ ] Dto0-7-0-Con/Rur					656.64
Subsidios/Contribuciones		0.49%	Interés moratorio no reconocido		1.33%

Subsidios FOES				
Consumo subsi.	Vr. Unitario subs.	Factores	Vlr/kw	Resolución

VALOR FACTURA MES	FOLIO/FACTURA
SALDO FINANCIACION	CUOTAS PENDIENTES
INTERESES %	No. DE CUOTAS
VALOR FINANCIACION	
SALDO A FAVOR	SALDO EN FECHA/MORA

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del servicio de energía
Set B (Valor kWh sin Subsidio o Con Consumo de kWh)

VALOR NETO
Porcentaje de SUBSIDIO kWh
Valor porcentaje de SUBSIDIO
SUBTOTAL VALOR CONSUMO
OTROS CONCEPTOS
Impuesto AP
Ajuste a la Decena

SUBTOTAL VALOR OTROS DESCUENTOS

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA

Detalle portafolio

Concepto	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
15-SEP-2025	16-SEP-2025	$56,700

Impuesto AP Acuerdo 515 Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO		
Nombre: Maryelin Tirado Mendez		
Fecha de Nacimiento 15/01/2000	Edad 25	
Documento de identidad: 1006794814		
Diagnostico: Discapacidad Multiple		
Direccion: Clle 38A # 17-45		
Telefono: 3133931095		
AFILIACION EPS: Sanitas		
DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE		
Nombre: Amparo Mendez Camacho		
Dirección: clle 38A 17-45		
Telefono: 3133931095		
Contacto de Emergencia y telefono Juan Tirado 3046748343		
AUTORIZACIONES		
Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución SI: X NO: _____		
Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a) SI: X NO: _____		

FIRMA: Amparo Mendez

NOMBRE ACUDIENTE: Amparo Mendez

C.C. 63352547

Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 310 401 25 40 – 304 535 45 37 – 313 283 78 53
Corporayudandoavivir4@gamil.com

Villavicencio, 19 de Noviembre del 2025

Señores
SECRETARIA SOCIAL
GOBERNACION DEL META
Ciudad.

Por medio del presente documento yo Amparo Méndez Camacho identificada con cedula de ciudadanía 63.352.547 de Bucaramanga (Santander) en calidad de madre y acudiente de Maryelin Tirado Méndez identificada con cedula de ciudadanía 1.006.794.814 de Villavicencio (Meta) con condición de discapacidad múltiple, me permito solicitar cupo, con el fin de solicitar los servicios que presta la fundación AYUDANDO A VIVIR.

Sin otro particular motivo quedo atento a sus comentarios

Atentamente

Amparo Méndez Camacho
C.C. 63.352.547
Tel 3133931095

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
MARYELIN		TIRADO	MENDEZ

1.5 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1006794814

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
MEDICOOP IPS LTDA

2.2 Fecha

Año	Mes	Día
2021	11	18

.3 Departamento
META

2.4 Municipio
VILLAVICENCIO

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI	X	NO	
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	95.83
Movilidad	30.00
Cuidado Personal	75.00
Relaciones	60.00
Actividades de la Vida Diaria	85.00
Participación	81.25
GLOBAL	71.18

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b139.3 b230.3 b735.1

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.373 s260.373

3. Codigos Actividades y Participación

d155.4 d4602.2 d598.4

La salud es de todos

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
ANGUIE MARLIN MORA PARDO	Fisioterapia	CC-1022397165
KAROL YINETH DE ALBA TORRES	Psicología	CC-1127903788
JOSE ALFREDO ORTEGA VEGA	Medicina	CC-84038431

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *MARYELIN TIRADO MENDEZ* manifiesto que:

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Nombre y Firma

63352547

Documento: CC-1006794814

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula. *SI*

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez

NEUROELECTRODIAGNOSTICO SH DEL LLANO S.A.S. N.I.T. 901.119.103-1 HISTORIA CLINICA	Gestion de Sistemas de Informacion	
	Version 01	Vigencia 01-ago-2019
FÒRMULA MÉDICA	Admisión No.	246113

MARYELIN TIRADO MENDEZ CC - 1006794814 H.C. No. 1.006.794.814

Identificación: CC 1.006.794.814 MARYELIN TIRADO MENDEZ G.S RH
Fecha Nacimiento: enero 15 de 2000 **Edad actual:** 25 Años, 8 Meses **Género/E.AIEPI:** Femenino/
Lugar Nacimiento: VILLAVICENCIO
Dirección: BARRIO CALAMAR CRRERA 14 A 42 30 **Telefono:** 3133931095-32121
Contrato: SANITAS MRC
Tipo de Usuario: Contributivo **Tipo de Afiliado:** Cotizante
Res.Habitual: Villavicencio **Estrato Socio-Ec.**

jueves, 25 de septiembre de 2025 11:44 (25 Años, 8 Meses) 1

FORMULA MEDICA : - LACOSAMIDA 200MG VO CADA 8 HORAS POR 6 MESES #540
- LAMOTRIGINA 100 MG, 2 TAB VO CADA 12 HORAS POR 6 MESES #720
- LEVETIRACETAM 500 MG (KEPPRA), 1 TAB CADA 8 HORAS POR 6 MESES# 540
- QUETIAPINA 25 MG, 1 TAB VO CADA NOCHE POR 6 MESES #180

Roberto Ortega
Dr. Roberto Ortega
Roberto Mario Ortega Villalba
NEUROLOGIA
Reg. 72200727 / C.C. 72.200.727

Keppra
1. 3002460997
2.
3.
4.
5.
6.

Sobres
Cruz V. Be

MARYELIN TIRADO MENDEZ CC - 1006794814 H.C. No. 1.006.794.814

Identificación: CC 1.006.794.814 **MARYELIN TIRADO MENDEZ** **G.S RH**
Fecha Nacimiento: enero 15 de 2000 **Edad actual:** 25 Años, 8 Meses **Género/E.AIEPI:** Femenino/
Lugar Nacimiento: VILLAVICENCIO
Dirección: BARIRO CALAMAR CRRERA 14 A 42 30 **Telefono:** 3133931095-32121
Contrato: SANITAS MRC
Tipo de Usuario: Contributivo **Tipo de Afiliado:** Cotizante
Res.Habitual: Villavicencio **Estrato Socio-Ec.**

jueves, 25 de septiembre de 2025 11:44 (25 Años, 8 Meses) 1

CONSULTA ESPECIALIZADA POR NEUROLOGIA
MOTIVO DE CONSULTA : CONTROL
ENFERMEDAD ACTUAL : IDX:
1. EPILEPSIA GENERALIZADA DE CAUSA ESTRUCTURAL
1.1. ANTECEDENTES DE HIPOXIA NEONATAL
2. DISCAPACIDAD INTELECTUAL SEVERA CON TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO.

INICIO DE CRISIS A LOS 8 MESES DE EDAD

TRATAMIENTO ACTUAL:
-LACOSAMIDA 200 MG, 1 TAB CADA 8 HORAS
-LEVETIRACETAM 500 MG (KEPPRA) VO CADA 8 HORAS
-LAMOTRIGINA 200 MG VO CADA 12 HORAS
-QUETIAPINA 25 MG CADA NOCHE

POR PSIQUIATRIA:
- SERTRALINA 50 MG CADA DIA

MADRE REFIERE ULTIMA CRISIS CONVULSIVA EL 25.08.2025
CRISIS RECURRENTES EN ABRIL Y JUNIO.

REVISION POR SISTEMAS
ANTECEDENTES : **PARACLINICOS:

- RMN CEREBRAL SIMPLE, BAJO ANESTESIA:
LOS HALLAZGOS SUGIEREN RELACION CON EVENTOS ISQUEMICOS PROBABLEMENTE PERINATALES. HIPERINTENSIDAD PERIVENTIRCULAR EN GENERALIZADA.
- TELEMETRIA POR 6 HORAS (28/12/2020). Video Electroencefalograma de 6 horas de vigilia y sueño NORMAL. No se documentaron crisis epilepticas.
- 07/05/2022. POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TALLO CEREBRAL: ESTUDIO NORMAL, INTEGRIDAD DE LA VIA AUDITIVA BILATERAL.

09/12/2024. CALCIO 10.57, CLORO 99, CREATININA 0.77, BUN 1.65, POTASIO 4.07, SODIO 146, TGP 30.7, TGO 49.92, EXTENDIDO SANGRE PERIFERICA, HEMOGRAMA NORMAL, TSH 3.41.

EXAMEN FISICO
Examen Fisico : TA: 110/70mmHg. TAM: 83mmHg. FC: 70pm. FR: 16pm. Temp: 36°C Peso: 60 kg Kg. Talla: 1.5 m m. Sup. corporal: 1.547 m² m². Masa corp.: 26% SatO2: 98% Observaciones
Examen Fisico: **EXAMEN NEUROLOGICO:
NORMOCÉFALO
CONSCIENTE, MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS CONTINUOS EN TRONCO Y CUELLO
LENGUAJE NO EMITE
PARES CRANEALES: SIMETRÍA FACIAL, MOVIMIENTOS OCULARES NORMALES, PUPILAS NORMALES, ELEVACIÓN ADECUADA DEL VELO DEL PALADAR, FUERZA NORMAL EN FLEXORES Y EXTENSORES DE CUELLO.
SISTEMA MOTOR: CUADRIPARESIA ESPASTICA, TONO AUMENTADO, REFLEJOS EXALTADOS. REFLEJOS: BABINSKI, HOFFMAN, TROMNER AUSENTES
SENSIBILIDAD NORMAL
NO SIGNOS MENINGEOS

RCHA ESPASTICA CON APOYO
COORDINACIÓN NORMAL

CONSULTA ESPECIALIZADA POR NEUROLOGIA

ANALISIS : DADO PERSISITENCIA DE CRISIS INDICO AJUSTE DE DOSISI DE LACOSAMIDA A 200 MG CADA 8 HORAS RESTO DE MEDICAMENTOS IGUAL ASI: - LACOSAMIDA 200MG VO CADA 8 HORAS POR 6 MESES #540
- LAMOTRIGINA 100 MG, 2 TAB VO CADA 12 HORAS POR 6 MESES #720
- LEVETIRACETAM 500 MG (KEPPRA), 1 TAB CADA 8 HORAS POR 6 MESES# 540
- QUETIAPINA 25 MG, 1 TAB VO CADA NOCHE POR 6 MESES #180
CONTINUAR MANEJO TERAPEUTICO INSTAURADO
CONTROL 2 MESES

DIAGNOSTICO : OTRAS EPILEPSIAS Y SINDROMES EPILEPTICOS GENERALIZADOS (G404)
RETRASO MENTAL GRAVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO (F721)

PLAN : LACOSAMIDA 200MG VO CADA 8 HORAS POR 6 MESES #540
- LAMOTRIGINA 100 MG, 2 TAB VO CADA 12 HORAS POR 6 MESES #720
- LEVETIRACETAM 500 MG (KEPPRA), 1 TAB CADA 8 HORAS POR 6 MESES# 540
- QUETIAPINA 25 MG, 1 TAB VO CADA NOCHE POR 6 MESES #180
CONTINUAR MANEJO TERAPEUTICO INSTAURADO
CONTROL 2 MESES

Dr. Roberto Ortega
Roberto Mario Ortega Villalba
NEUROLOGIA
Reg. 72200727 / C.C. 72.200.727

	NEUROELECTRODIAGNOSTICO SH DEL LLANO S.A.S. N.I.T. 901.119.103-1	Gestion de Sistemas de Informacion	
	HISTORIA CLINICA	Version 01	Vigencia 01-ago-2019
	ORDENES MÉDICAS	Admisión No.	246113

MARYELIN TIRADO MENDEZ CC - 1006794814 H.C. No. 1.006.794.814

Identificación: CC 1.006.794.814 **MARYELIN TIRADO MENDEZ** **G.S RH**
Fecha Nacimiento: enero 15 de 2000 **Edad actual:** 25 Años, 8 Meses **Género/E.AIEPI:** Femenino/
Lugar Nacimiento: VILLAVICENCIO
Dirección: BARIRO CALAMAR CRRERA 14 A 42 30 **Telefono:** 3133931095-32121
Contrato: SANITAS MRC
Tipo de Usuario: Contributivo **Tipo de Afiliado:** Cotizante
Res.Habitual: Villavicencio **Estrato Socio-Ec.**

jueves, 25 de septiembre de 2025 11:44 (25 Años, 8 Meses)

ORDENES MEDICAS :

CONSULTA/INTERCONSULTA :

931000-TERAPIA FISICA INTEGRAL (#120) / 20 CADA MES POR 6 MESES EBENEZER
937000-TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD (198) (297) (#120) / 20 CADA MES POR 6 MESES EBENEZER
938303-TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL (#120) / 20 CADA MES POR 6 MESES EBENEZER
890308-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA (#120) / 20 CADA MES POR 6 MESES EBENEZER
933301-TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS (#94) / Y ECUESTRE (94) 16 CADA MES POR 6 MESES EBENEZER
890374-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA (#1) / 2 MESES
937000-TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD (198) (297) (#1) /

Dr. Roberto Ortega
Roberto Mario Ortega Villalba
NEUROLOGIA
Reg. 72200727 / C.C. 72.200.727

REPUBLICA DE C
IDENTIFICACION P

1.00[illegible]794.8

[illegible]EZ

MARYELIN

NO FIRMA







FECHA DE NACIMIENTO 15-ENE-2000

VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 B+ F

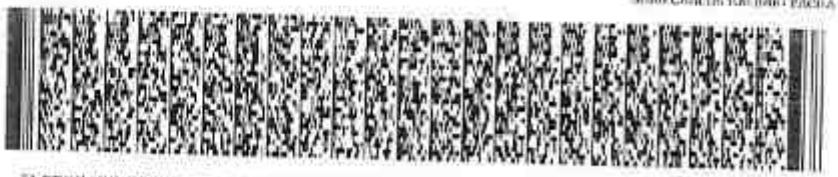
ESTATURA G.S. RH SEXO

16-FEB-2018 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[illegible]

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS [illegible]



[illegible] 00604-11166A 1 [illegible]

REPUBLICA DE COLO...
REGISTRADURIA NACIONAL
DEL ESTADO CIVIL
03.252.547

NUMERO

MENDEZ CARRACHO

APELLIDOS

AMPARO

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 21-JUN-1969

ENCINO
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	B+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-MAY-1988 BUCARAMANGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-0200100-03152547-F-0063352547-20070525 06171 07 1 15N 03 21211 0633

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 19/11/2025

Folio: 500016761249200000005

C3

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: **MARYELIN**

Apellidos: **TIRADO MENDEZ**

Tipo de documento: **Cedula de ciudadania**

Número de documento: **1006794814**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

OBSERVACION ADMINISTRATIVA

Entidad origen:

Ultima actualizacion ciudadano: 19/05/2021

Ultima actualizacion en registros administrativos: 02/02/2024

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208558257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO
ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Jhonatan Julian Velandia Ramirez

Fecha de Nacimiento 13 julio 2008 | **Edad** 17

Documento de identidad: 1014813870

Diagnostico : Retraso en el desarrollo psicomotriz y psiquico

Direccion: Mza A C. 1 AP 1 Ciudad Porfirio Montecarlo Alto

Telefono: 3143592941 - 3241065758

AFILIACION EPS: Nueva EPS

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Angela Keath Ramirez

Dirección: Mz A C. #1 AP 1 Ciudad Porfirio Montecarlo Alto

Telefono: 3143592941 - 3241065758

Contacto de Emergencia y telefono 3105795532, 3132734390

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: _____

NOMBRE ACUDIENTE: Angela Ramirez Munoz

C.C. 1022 971 855 BTA

Villavicencio.

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo [illegible], identificada con cedula de ciudadanía No. 1022921855 actuando como representante legal de mi hijo [illegible], identificado con cedula de ciudadanía No [illegible] Y con diagnostico medico [illegible] me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente.

[illegible]
1022921855 Bta



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.074.813.470
VALENCIA RAMIREZ
APELLIDOS
JHONATAN STIVEN
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-JUL-2008
SOACHA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

13-JUL-2026
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G.S. RH

M
SEXO

06-ENE-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REPÚBLICA DE COLOMBIA

1.022.971.455



RAMIREZ RIVERA

ANGELA LISETH

COL F

09 SEP [illegible] O+

GRANADA (META)

[illegible] OCT 2009 BOGOTA D.C.

[illegible] OCT 2032

0079151 18

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0079151186150O1<<<<<<<<<<<
9109098F3210204COL1022971455<3
RAMIREZ<RIVERA<<ANGELA<LISETH<

Sisbén

Fecha de consulta:	15/12/2025
Ficha:	50001100649600000447

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JHONATAN STIVEN

Apellidos: VALENCIA RAMIREZ

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1074813470

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	28/10/2019
Ultima actualización ciudadano:	28/10/2019
Ultima actualizacion via registros administrativos:	25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	YOLANDA COY HERNANDEZ
Direccion:	Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2
Teléfono:	3208339237
Correo Electrónico:	sisben@villavicencio.gov.co

24697

DEL CLIENTE 417629349

DATOS DE FINANCIACIÓN

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

INMEDIATO	INMEDIATO	$4.089.120

Se informa a todos nuestros clientes que a partir de la fecha podrán cancelar sus facturas ÚNICAMENTE en el siguiente link: https://pagos.emsa-esp.com.co:2443/consulta-cliente-usuario, acerquese a nuestras instalaciones y finalice su deuda, evitese procesos judiciales.

EDWIN DAVID GUZMAN RODRIGUEZ
FIRMA GERENTE

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
	INMEDIATO	$4.089.120

emsa

DEPARTAMENTO DEL META	CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD	

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Javier Iván Vargas Ahumada

Fecha de Nacimiento 18 mayo de 1989 | **Edad**

Documento de identidad: 1.121.853.102

Diagnostico : Síndrome de Down

Direccion: Calle 6 Sur #36-13 Torre 17 apto. 204 Conj. Cimarrón Mda Rosablanca

Telefono: 300-2681371

AFILIACION EPS: Nueva E.P.S.

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Margarita J. Ahumada Corredor

Dirección: Calle 6 Sur #36-13 Torre 17 apto 204 Conj. Cimarrón Mda. Rosablanca

Telefono: 300-2681371

Contacto de Emergencia y telefono

Dumar Vargas Franco – 321-2039451

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: Margarita Ahumada

NOMBRE ACUDIENTE: Margarita Judith Ahumada C.

C.C. 21.225.272

Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 310 401 25 49 – 304 535 46 37 – 313 293 78 53
Corpoayudandoavivir4@gamil.com

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Margarita J. Ahumada C., identificada con cedula de ciudadanía No. 21.0225.272 actuando como representante legal de mi hijo Javier Iván Vargas A., identificado con cedula de ciudadanía No. 1.121.853.102 Y con diagnostico medico Síndrome de Down, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

Margarita Ahumada

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JAVIER	IVAN	VARGAS	AHUMADA

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1121853162

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
	Año	Mes	Día
HOSPITAL LOCAL DE PUERTO LOPEZ E.S.E	2023	10	31

2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
NI	800037979

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	33.33
Movilidad	5.00
Cuidado Personal	12.50
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	0.00
Participación	15.63

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b164.3 b330.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.278 s199.278

3. Codigos Actividades y Participación

d155.1 d310.1 d350.3

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
DIEGO ALONSO VELASQUEZ VILLEGAS	Medicina	CC-10555579
ANGELA MELISSA HERNANDEZ ARCINIEGAS	Psicología	CC-1121861492
DANIEL FERNANDO ROJAS VALERO	Fisioterapia	CC-88035431

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.853.102

VARGAS AHUMADA
APELLIDOS

JAVIER IVAN
NOMBRES

Javier
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-MAY-1989
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

14-JUN-2007 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-5200100-69161642-M-1121853102-20070906 03262 07249N 02 247970833

321-2039451 - 3002681371
mayth381821@hotmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **21.225.272**

AHUMADA CORREDOR
APELLIDOS

MARGARITA JUDITH
NOMBRES

FIRMA





HUELLA DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-SEP-1949**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA **A+** G.S. RH **F** SEXO

16-ENE-1972 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-5200100-00155941-F-0021225272-20070316 0001507075A 03 2280373335

Sisbén

Registro válido

C1

GRUPO SISBEN IV
Vulnerable

Fecha de consulta: 23/07/2025

Ficha: 500012122682700000739

DATOS PERSONALES

Nombres: **JAVIER IVAN**

Apellidos: **VARGAS AHUMADA**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **1121853102**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **09/07/2025**

Última actualización ciudadana: **09/07/2025**

Última actualización vía registros administrativos:

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



Contacto Oficina SISBEN

Nombre administración: **YOLANDA COY HERNAND**

Dirección: **Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Pis**

Teléfono: **32085592**

Correo electrónico: **sisben@villavicencio.gov.**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - DEE
DOCUMENTO FACTURA ELECTRÓNICA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS – FE

Zona: G | Ciclo: 17 | Ruta: 1710 | Orden: 1557

eaav

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio ESP EAAV

NIT 892.000.265-1 Somos gran contribuyente, autorretenedor de IVA, ICA

34469600
Factura No.
Consecutivo de esta factura de servicios públicos

114885
Código de usuario
Con éste se identifica su servicio en la EAAV

FACTURAS VENCIDAS: 0

SETT2051446

Escanea y descarga el documento electrónico equivalente DEE

DATOS DEL SUSCRIPTOR/USUARIO

AMARILO S.A.S
C 6SUR 36 16 T17 AP 204 CIMARRON
HACIENDA ROSABLANCA — VILLAVICENCIO
Cédula catastral: 500010015000007860001000000000
Clase de uso: RESIDENCIAL — Estrato 3
Unidades residenciales: — ZG - 4549
Unidades no residenciales:

DATOS TÉCNICOS

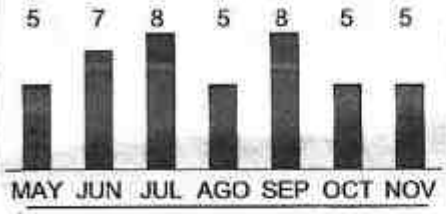
Serial medidor	Diámetro	Precinto	Con fuente alterna?

Fecha de suspensión: 26-11-2025

PERIODO DE CONSUMO: 30-09-2025 - 28-10-2025

Lectura actual	Lectura anterior	Dif. Lecturas	Consumo ACU	Consumo ALC
890	885	5	5 m3	5 m3

Novedad de lectura: NORMAL — Método: DIRECTO CON DIFERENCIA DE LECTURAS



Promedio mes: 6 m3

Cierra la ducha mientras te enjabonas.

LIQUIDACIÓN DEL PERÍODO

DESCRIPCIÓN		Cantidad	Costo por unidad	Costo total	Menos Subsidio %	Menos Subsidio Valor	Más Aporte %	Más Aporte Valor	Valor a pagar
CARGO FIJO AC		1	7.861,06	7.861,06		707,50		0	7.153,56
CONSUMO BÁSICO AC	0 - 16 m3	5	2.507,01	12.535,05		1.128,15		0	11.406,90
CONSUMO COMPLEMENTARIO AC	17-32 m3	0	2.507,01	0		0		0	0
CONSUMO SUNTUARIO AC	>=33 m3	0	2.507,01	0		0		0	0
SUBTOTAL ACUEDUCTO				20.396,11		1.835,65		0	18.560,46
CARGO FIJO AL		1	6.626,33	6.626,33		596,37		0	6.029,96
CONSUMO BÁSICO AL	0 - 16 m3	5	2.636,59	13.182,95		1.186,47		0	11.996,48
CONSUMO COMPLEMENTARIO AL	17-32 m3	0	2.636,59	0		0		0	0
CONSUMO SUNTUARIO AL	>=33 m3	0	2.636,59	0		0		0	0
SUBTOTAL ALCANTARILLADO				19.809,28		1.782,84		0	18.026,44
TOTAL MES				40.205,39		3.618,49		0	36.586,90

OTROS COBROS

Concepto	Valor
Ajuste a la Decena	3,08
(-) Devolución x Inexactitud ACU R257	-100,58
VLR TOTAL ANTICIPOS APLICADOS (-)	-100,00
SUBTOTAL OTROS	$ 3,08

TOTAL A PAGAR

$ 36.480

PAGUE HASTA

24-NOV-2025

Esta factura incluye valores por tasa electrónica a autoridades ambientales (Ley 99/1993)
Acueducto (tasa por uso): 4,37 por m3
Alcantarillado (Tasa retributiva): 146,42 por m3

OTROS VALORES PENDIENTES:

CARTERA EN INVESTIGACION	0
PROCESO COACTIVO	0

TUS FINANCIACIONES

Plan de financiación	Cuotas	Saldo a la fecha	Cuotas faltan

CUDE/CUFE: [illegible] Generación: 2025-11-18T11:20:23 Transmisión: 2025-11-11T05:03:56

Estamos en racionamiento en varios sectores de la ciudad
debido a la emergencia declarada el 24 de mayo de 2025 por deslizamiento que afecto el viaducto 2.0,
que es la principal bocatoma de agua sobre el Guatiquía.
Agradecemos tu pago oportuno en estos crucuales momentos.
Los proyectos indispensables para nuestro acueducto requieren de todos.

La presente factura de servicios públicos (DEE) presta mérito ejecutivo de acuerdo con el artículo 130 de la ley 142/94.

AUGUSTO ALEJANDRO APONTE PINZON
GERENTE GENERAL

SEÑOR USUARIO:
Si usted no ha cancelado esta factura a partir de esta fecha SE SUSPENDERÁ EL SERVICIO Y GENERARÁ COBRO DE SUSPENSIÓN Y DE REINSTALACIÓN.
De acuerdo con el Art. 54 de la ley 142 de 1994 contra los actos de suspensión del servicio proceden los recursos de reposición y apelación los cuales deberán interponerse conjuntamente en el mismo escrito ante la EAAV dentro de los 5 días siguientes a la fecha de conocimiento de la decisión.



Puntos de pago

- Banco de Occidente
- Banco BBVA
- Puntos Redeban
- EFECTY
- Banco de Bogotá
- Itaú
- Banco de Popular
- Bancolombia
- Cajeros ATH
- COTREM
- Banco Agrario

www.eaav.gov.co

Escanea este código y paga online

PUNTO DE RECAUDO EN NUESTRA SEDE. Lunes a viernes 8 am a 5 pm (efectivo y tarjeta) Forma de pago: DE CONTADO. Medios de pago: Efectivo, tarjeta débito, cheque de gerencia (según el canal)

eaav

(415)7709998000414(8020)90114885(3900)0000036480(96)20251124

Código de usuario
114885
Factura de servicios públicos No.
34469600

Pague hasta	Total a pagar
24-NOV-2025	$ 36.480

ESPACIO PARA SELLO DEL BANCO O REGISTRO DE PAGO ELECTRÓNICO

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO
ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO	
Nombre: SANDRA LIZETH VARGAS VIANCHA.	
Fecha de Nacimiento: 10 DE ABRIL DE 2008	Edad: 17 AÑOS
Documento de identidad: 1115947123	
Diagnostico: TRANSTORNO COGNITIVO LEVE - RETRASO MENTAL LEVE	
Direccion: CALLE 29 SUR # 46-07 B. VILLA MILENA	
Telefono: 313-8353185 - 321-3232547.	
AFILIACION EPS: NUEVA EPS.	

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE
Nombre: MAFFELIN APACELIS MELGAREJO
Dirección: CALLE 29 SUR # 46-07 VILLAMILENA
Telefono: 313-8353185 - 321-3232547
Contacto de Emergencia y telefono: JUAN LOPEZ - 321-3232547.

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Gobernacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO _____

FIRMA: MAFFELIN M

NOMBRE ACUDIENTE: MAFFELIN MELGAREJO

C.C. CE 509205

Villavicencio, Noviembre 12 de 2025

Señores
GOBERNACION DEL META
Secretaria Social
L.C.

Asunto: Solicitud de cupo por discapacidad

yo **MARYELIN ARACELIS MELGAREJO** (madre sustituta icbf) identificada con cedula de extranjeria No 509205 expedida en Bogotá D.C solicito a la **secretaria social** de la gobernación del Meta se le **asigne un cupo por discapacidad** a la joven **SANDRA LIZETH VARGAS VIANCHA** identificada con tarjeta de identidad No 1115947123 agradezco su gestión en esta solicitud.

Cordialmente,

MARYELIN ARACELIS MELGAREJO
C.E. No 509205 de Bogotá
MOVIL. 313.835.31.85
Dir. Calle 29 sur No 46 – 07 Barrio villa Milena (Montecarlo bajo)

HISTORIA CLINICA CONSULTA EXTERNA

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: SANDRA LIZETH VARGAS VIANCHA
Identificación: Tarjeta de Identidad-1115947123
Fecha Nacimiento: 10/abril/2008 Edad: 17 Años
Estado Civil: Soltero **Sexo:** Femenino
Dirección: CARREA 20 40 A 08 PARAISO
Teléfono: 3212315356-3123322355
Procedencia: VILLAVICENCIO
Ocupación: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Pertenencia etnica: 06 - OTROS
Nivel Educativo: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

DATOS DEL INGRESO

Nº Ingreso: **4117333** Fecha: 1/08/2025 11:17:20 a. m.
Datos de Afiliación: Entidad: 347-25 - NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS SA-SUBSIDIADO
Tipo de régimen: Subsidiado
Nivel estrato: ESTRATO 1 (5%) SUBSIDIADO Cama: SISBEN
Código Ingreso REPS: 728
Código Egreso REPS: 728

MOTIVO DE LA CONSULTA

. .A SESIÓN PERTENECE A TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL
CODIGO CUP: 938303
SESIÓN: 8 / 12

ENFERMEDAD ACTUAL

NEUROLOGIA
F067 TRASTORNO COGNITIVO LEVE
F700 RETRASO MENTAL LEVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO
CIE 10
F607.7 TRASTORNO COGNITIVO LEVE DEBIDO A OTRA AFECCION MEDICA.
F81.3 TRASTORNO MIXTO DEL DESARROLLO ESCOLAR.
DIFICULTADES PERSISTENTES EN LECTURA, ESCRITURA Y CALCULO POR FALTA DE INSTRUCCIONES Y DIFUNCION NEUROCOGNITIVA.
DSM TRASTRONO NEUROCOGNITIVO LEVE

REVISIÓN POR SISTEMA

ESTABLE

ANTECEDENTES

FRACTURA: NIEGA
QUIRURGICOS: NIEGA
/ GICOS: NIEGA

EXAMEN FISICO

PACIENTE QUE INGRESA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES.

SIGNOS VITALES

T.A / mmHg **F.C** x Min **F.R** Mov*Min **Temp** °C **Peso** 53 *Kg* **Talla** 158 Cm **IMC** 21 Kg/m2 **Glasgow** /15

INTERPRETACIÓN

FORTALECER LAS A.V.D. - A.V.D.I.
EVITAR MAYOR DETERIORO EN LAS HABILIDADES DE PROCESAMIENTO.
PROMOVER HABILIDADES MOTORAS.
FORTALECER HABILIDADES DE COMUNICACION E INTERACCION.

ANALISIS Y JUSTIFICACIÓN DE PARACLINICOS

PACIENTE FEMENINA DE 17 AÑOS DE EDAD. QUIEN ASISTE AL SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL. 8 SESIONES REALIZADAS.
ANAMNESIS
ESCOLARIZADO: 4- 5 CON BAJO DESEMPEÑO ESCOLAR
ANTECEDENTES PRENATALES: NO TIENE ESA INFORMACION
ANTECEDENTES PERINATALES: NO TIENE ESA INFORMACION
ENFERMEDADES O TRAUMATISMOS: NIEGA
SU DESARROLLO ONTOGENENTICO: NO TIENEN ESA INFORMACION
CONTROL DE ESFINTERES: NO TIENEN ESA INFORMACION

DEFENSOR/DEFENSORA DE FAMILIA: TATIANA PARRADO AVENDAÑO
NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE: Sandra Lizeth Vargas Viancha
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1115947123
HISTORIA DE ATENCION No. 1115947123
SIM No. 254132859

(En el mismo hogar sustituto se encuentran sus hijas:
NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE: Danna Michell Vargas Viancha
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1123144587
HISTORIA DE ATENCION No. 1123144587
SIM No. 254132863

NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE: Maria Alejandra Vargas Viancha
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1121983726
HISTORIA DE ATENCION No. 1121983726
SIM No. 254132867)

Villavicencio, Meta. miércoles, 13 de agosto de 2025

DEFENSORÍA DE FAMILIA DE VILLAVICENCIO CZ 2
PROCESO DE RESTABLECIMIENTO DE LOS DERECHOS DEL NIÑO NIÑA O ADOLESCENTE - DISCAPACIDAD

Teniendo en cuenta que la situación actual de la adolescente **Sandra Lizeth Vargas Viancha** amenaza y/o vulnera sus derechos, se dispuso a decretar la MEDIDA PROVISONAL de ubicación en medio familiar en la modalidad de Hogar Sustituto bajo la responsabilidad de la señora MARYELIN ARACELIS MELGAREJO, mientras se adelanta el proceso administrativo que garantice el restablecimiento de sus derechos. Con tal finalidad, la Madre Sustituta, bajo la responsabilidad que la obliga según las disposiciones legales y administrativas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se compromete a:

1. Brindar al niño(a) los cuidados necesarios, tener su cuidado personal de manera provisional y proteger su integridad física, emocional, mental, moral y material.

2. Informar de manera permanente al Defensor de Familia como a los integrantes de la Defensoría de Familia, por lo menos cada mes, acerca del estado general del niño, niña o adolescente
3. Poner en conocimiento en forma inmediata cualquier situación grave que afecte la integridad del menor de edad.

4. Prever cualquier situación que pueda perjudicar su integridad emocional en su relación con otras personas o evitar peligros físicos en su contra.

5. Informar al Defensor de Familia o al integrante del equipo interdisciplinario que corresponda cualquier cambio de residencia, domicilio o de dirección para obtener su aprobación.

6. Solicitar la autorización previa del Defensor de Familia para ausentarse de manera

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.115.947.123
VARGAS VIANCHA
APELLIDOS
SANDRA LIZETH
NOMBRES

Sandra
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 10-ABR-2008
PUERTO RICO
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
10-ABR-2026 B+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
28-JUL-2016 SAN VICENTE DEL CAGUAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REPÚBLICA DE COLOMBIA
Cedula de Extranjeria

RESIDENTE



9432/68

Fernando Garces Manosalva

I<COL509205<<<3<<<<<<<<<<<<<<<
8302098F2807281VEN<<<<<<<<<<<8
MELGAREJO<<MARYELIN<ARACELIS<<

Sisbén

Fecha de consulta: 12/11/2025

Ficha: 500010471148300000026

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: SANDRA LIZETH

Apellidos: VARGAS VIANCHA

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1115947123

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/07/2020

Última actualización ciudadano: 30/05/2025

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNAND

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Pis

Teléfono: 32085592

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS - DEE

Zona: G | Ciclo: 30 | Ruta: 3016 | Orden: 416

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio ESP EAAV

NIT 822 001 326-1 Sistema gran contribuyente - autoretenedor de IVA, ICA

34294514
Factura No.
Comprobativo de esta factura de servicios públicos

108475
Código de usuario
Con este se identifica su servicio en la EAAV

FACTURAS VENCIDAS: 0

DEE: SETT1907225

Entrega y Descarga el documento electrónico DEE

DATOS DEL SUSCRIPTOR/USUARIO

DIAZ CRUZ HERIBERTO
C 29SUR 46 07 MZ I CS 18
VILLA MILENA VILLAVICENCIO
Cédula catastral: 500010106000000658000060000000000
Clase de uso: RESIDENCIAL Estrato: 1
Unidades residenciales:
Unidades no residenciales: ZG - 25258

DATOS TECNICOS

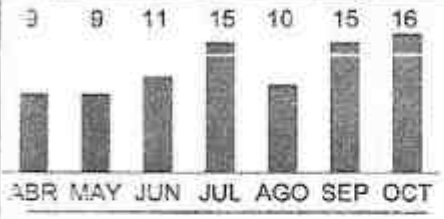
Serial medidor	Diámetro	Lectura	Con fuente alterna?
2014348403	1/2	283264	

Fecha de suspensión: 28-10-2025

PERIODO DE CONSUMO: 31-08-2025 - 29-09-2025

Lectura actual	Lectura anterior	Dif. Lecturas	Consumo ACU	Consumo ALC
1700	1684		16 m3	16 m3

Novedad de lectura: NORMAL Método: DIFERENCIA DE LECTURAS



Promedio mes: 12 m3

Cierra la ducha mientras te enjabonas.

LIQUIDACION DEL PERIODO

DESCRIPCIÓN		Cant. Liqui.	Cargo por unidad	Consumo	Menos Subsidio %	Menos Subsidio Valor	Mas Aporte %	Mas Aporte Valor	Valor a pagar
CARGO FIJO AC		1	7.561,08	7.561,08		5.188,32	0		2.372,76
CONSUMO BÁSICO AC	0 - 16 m3	16	2.597,01	42.112,16		28.474,03	0		13.638,13
CONSUMO COMPLEMENTARIO AC	17-32 m3	0	2.597,01	0		0	0		0
CONSUMO SUNTUARIO AC	>32 m3	0	2.597,01	0		0	0		0
SUBTOTAL ACUEDUCTO				47.973,22		31.662,35	0		16.310,89
CARGO FIJO AL		1	6.626,33	6.626,33		4.371,39	0		2.252,95
CONSUMO BÁSICO AL	0 - 16 m3	16	2.636,59	42.185,44		27.842,39	0		14.343,05
CONSUMO COMPLEMENTARIO AL	17-32 m3	0	2.636,59	0		0	0		0
CONSUMO SUNTUARIO AL	>32 m3	0	2.636,59	0		0	0		0
SUBTOTAL ALCANTARILLADO				48.811,77		32.213,77	0		16.596,00
TOTAL MES				96.784,99		63.876,09	0		32.906,90

OTROS COBROS

Concepto	Valor
Ajuste a la Decena	.10
(-) Devolución x Inversiones ACU 1037	-37,00
VLR TOTAL ANTICIPOS APLICADOS (-)	-37,00
SUBTOTAL OTROS	$ .10

VALOR TOTAL A PAGAR
$ 32.870

Factura Electrónica de Venta por Talonario Electrónico
Resolución DIAN 18764000001 de 2019-12-27
Rango autorizado: 1 al 100000
4,37 por m3
Alcantarillado (Tasa Retributiva)
146,42 por m3

OTROS VALORES PENDIENTES:

CARTERA EN INVESTIGACION	0
PROCESO COACTIVO	0

TUS FINANCIACIONES

Plan de financiación	Valor inicial	Saldo a la fecha	Cuotas faltan

FECHA LIMITE DE PAGO
24-OCT-2025

CUDE: [illegible] Generación: 2025-10-07T11:20:29 Transmisión: 2025-10-09T11:18:37

Estamos en racionamiento en varios sectores de la ciudad debido a la emergencia declarada el 24 de mayo de 2025 por deslizamiento que afecto el viaducto 2.0, que es la principal bocatoma de agua sobre el Guatiquía.
Agradecemos tu pago oportuno en estos cruciales momentos.
Los proyectos indispensables para nuestro acueducto requieren de todos.

La presente factura de servicios públicos (DEE) presta mérito ejecutivo de conformidad con el artículo 130 de la ley 142 de 1994.

SEÑOR USUARIO:

Si usted no cancela esta factura oportunamente SE SUSPENDERA EL SERVICIO Y CENSURARA SOBRE DE MORTADOR Y DE REINSTALACION.
De acuerdo con el Art. 24 de la ley 142 de 1994 sobre las otras de suspensión del servicio prestación los usuarios de [illegible] y aplicación de [illegible] incumplimiento en el pago oportuno con la EAAV dentro de los 5 días siguientes a la fecha de vencimiento de la factura.



Puntos de pago

Banco de Occidente · Banco de Bogotá · Cajeros ATH
Banco BBVA · Davivienda · COTREM
Puntos Redeban Efecty · Banco de Popular Corresponsal · Banco Agrario

www.eaav.gov.co

Escanee este código y pague online

PUNTO DE RECAUDO EN NUESTRA SEDE: Lunes a viernes 8 am a 5 pm (efectivo y tarjeta) Forma de pago: DE CONTADO. Medios de pago: Efectivo, tarjeta débito, cheque de gerencia (según el canal)

(415)7709998000414(8020)34294514(3900)000032870(96)20251024

Código de usuario
108475
Factura de servicios públicos No.
34294514

Pague hasta	Total a pagar
24-OCT-2025	$ 32.870

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO
ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD



DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Yuli Natalia Vela Mateus

Fecha de Nacimiento: 21-NOV-1998

Edad:

Documento de identidad: CC Nº 1026304023.

Diagnostico : Retardo mental leve.

Direccion: Calle 3a # 12-177 Este.

Telefono: (57) 3142306147.

AFILIACION EPS: Famisanar

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Carol Mateus.

Dirección: Calle 3a # 12-177 Este

Telefono: 3142306147.

Contacto de Emergencia y telefono

3142305526

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: ✓ NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: ✓ NO: _____

FIRMA: Carol Mateus.

NOMBRE ACUDIENTE: Carol Mateus.

C.C. 52742599.

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Carol Juliett Mateos Parra, identificada con cedula de ciudadania No. 52776599 actuando como representante legal de mi hijo Yuli Natalia Vela Mateos, identificado con cedula de ciudadania No 1026304023 Y con diagnostico medico CardioPatia Congenita severa, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

CC 52776599

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
YULY	NATALIA	VELA	MATEUS

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro Civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carné diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1095804622

2. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	2021	10	6

2.3 Departamento	2.4 Municipio
BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.

3. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI		NO	X
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

4. NIVEL DE DISCAPACIDAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	58.35
Movilidad	65.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	85.00
Actividades de la Vida Diaria	47.00
Participación	75.00
GLOBAL	63.65

5. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b410.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s1109.278 s4100.276

3. Codigos Actividades y Participacion

d155.2 d4501.4 d570.3

Escaneado con CamScanner

La salud es de todos | Ministerio

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

7. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
MONICA ALEJANDRA BERMUDEZ LUGO	Terapia ocupacional	CC-1024[illegible]2662
LUISA [illegible]	Medicina	CC-[illegible]
LUZ ANGELICA CASTAÑEDA TACHA	Fonoaudiología	CC-[illegible]

8. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo YULY NATALIA VELA MATEUS manifiesto que SI estoy de acuerdo con el resultado de la calificación que abajo firmo.

Nombre y Firma [illegible] Documento CC-1026304025

Autorizo el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula SI

El certificado de discapacidad no es empleado como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas establecidas en los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez

Escaneado con CamScanner

1.075.304.023



21-NOV-1998

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

1.42 O+ F

19-ENE-2017 BOGOTA D.C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.776.599**

MATEUS PARRA

APELLIDOS

CAROL JULIETT

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-ABR-1981**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

05-AGO-1999 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00906013-F-0052776599-20170517 0055449637A 1 9910004729

Powered by CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS - DES

DOCUMENTO FACTURA ELECTRÓNICA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS – FE

Zona: B | Ciclo: 27 | Ruta: 2735 | Orden: 124

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Villavicencio ESP EAAV

NIT: 822.000.205-1

34344024
Factura No.

097994
Código de usuario

FACTURAS VENCIDAS: 0

SET1960783

DATOS DEL SUSCRIPTOR/USUARIO

BARLOVENTO VILLAVICENCIO LTDA

C 36 12 110ESTE CS 125

C.C. BARLOVENTO

VILLAVICENCIO

Cédula catastral: 500010107800003758801000000125

Clase de uso: RESIDENCIAL

Estrato: 3

Unidades residenciales: 28 - 16603

Unidades no residenciales:

DATOS TÉCNICOS

Serial medidor	Diámetro	Precinto	Con buena alarma?
131529753	1/2	211848	

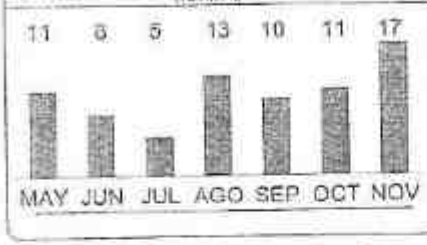
Fecha de suspensión: 19-11-2025

PERIODO DE CONSUMO: 18-09-2025 - 16-10-2025

Lectura actual	Lectura anterior	Dif. Lecturas	Consumo ACU	Consumo ALC
1611	1594	17	17	

Novedad de factura: NORMAL

Método:



Promedio mes: 10 m3

Cierra la ducha mientras te enjabonas.

LIQUIDACIÓN DEL PERIODO

DESCRIPCIÓN		Cantidad	Costo por unidad	Costo total	Menos Subsidio %	Menos Subsidio Valor	Más Aporte %	Más Aporte Valor	Valor a pagar
CARGO FIJO AC		1	7.861,06	7.861,06	797,50		0		7.153,56
CONSUMO BÁSICO AC	0 - 16 m3	16	2.507,01	40.112,16	3.610,09		0		36.502,07
CONSUMO COMPLEMENTARIO AC	17-32 m3	1	2.507,01	2.507,01	0		0		2.507,01
CONSUMO SUNTUARIO AC	>32 m3	0	2.507,01	0	0		0		0
SUBTOTAL ACUEDUCTO				50.480,23	4.317,39		0		46.162,64
CARGO FIJO AL		1	8.526,33	8.526,33	598,37		0		8.028,96
CONSUMO BÁSICO AL	0 - 16 m3	16	2.636,59	42.185,44	3.796,69		0		38.388,76
CONSUMO COMPLEMENTARIO AL	17-32 m3	1	2.636,59	2.636,59	0		0		2.636,59
CONSUMO SUNTUARIO AL	>32 m3	0	2.636,59	0	0		0		0
SUBTOTAL ALCANTARILLADO				53.448,36	4.393,06		0		47.055,30
TOTAL ESP				103.928,59	8.710,45		0		93.217,94

OTROS COBROS

Concepto	Valor
Ajuste a la Decena	1,20
INTERESES POR MORA AC	5,07
INTERESES POR MORA AL	6,49
SUBTOTAL OTROS	12,76

TOTAL A PAGAR

$ 93.230

14-NOV-2025

OTROS VALORES PENDIENTES:

CARTERA EN INVESTIGACIÓN	0
PROCESO COACTIVO	0

4,07

146,42

TUS FINANCIACIONES

Financiación	Valor inicial	Saldo actual	Cuota actual

CUDE:

Generación: 2025-11-04T11:26:23

Transmisión: 2025-11-09T10:10:47

Estamos en racionamiento en varios sectores de la ciudad debido a la emergencia declarada el 24 de mayo de 2025 por deslizamiento que afecta el viaducto 2.0, que es la principal bocatoma de agua sobre el Guatiquía.
Agradecemos tu pago oportuno en estos cruciales momentos.
Las obras son indispensables para nuestro acueducto requieren de todos.

La presente factura de servicios públicos (DES) presta mérito ejecutivo de acuerdo con lo previsto en el artículo 130 de la ley 142/94

SEÑOR USUARIO

SUSPENSIÓN Y DE REPOSICIÓN A CARGO



Puntos de pago

- Banco de Occidente
- Banco BBVA
- Puntos Redeban
- EFECTY
- Banco de Bogotá
- itaú
- Banco de Popular
- Bancolombia
- Caja los ATH
- COTRENI
- Banco Agrario

www.eaav.gov.co

PUNTO DE RECAUDO EN NUESTRA SEDE: Lunes a Viernes 8 am a 5 pm (efectivo y tarjeta). Forma de pago DE CONTADO. Medios de pago: Efectivo, tarjeta débito, cheque de gerencia (según el canal)

Escanea este código y paga online

Código de usuario

097994

Factura de servicios públicos No.

34344024

(415)7709998000414(8020)9009794(3900)0000093230(96)20251114

Pague hasta: **14-NOV-2025**

Total a pagar: **$ 93.230**

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO
ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: Omar Esneider Velasquez Ardila.

Fecha de Nacimiento 29 de Noviembre dd 1990 | **Edad** 34.

Documento de Identidad: cc 1121870993.

Diagnostico: Retardo Mental Severo y Epilepcia

Direccion: Cra 18B # 9-21 Bochica 1.

Telefono: 3133696414 o al 3134156259.

AFILIACION EPS: Sanitas.

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: Maria Aurora Ardila Ortiz.

Dirección: Cra 18B # 9-21 Bochica.

Telefono: 3133696414.

Contacto de Emergencia y telefono

3134156259.

AUTORIZACIONES

Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: X NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta, para emplao de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: _____

NOMBRE ACUDIENTE: Maria Aurora Ardila Ortiz.

C.C. 39728636

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo María Aurora Ardila Ortiz., identificada con cedula de ciudadanía No. 39728636 actuando como representante legal de mi hijo Omar Esneider Velasquez Ardila identificado con cedula de ciudadanía No. 1121870993 Y con diagnostico medico Retardo Mental Severo Epilepsia me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

María Aurora Ardila Ortiz.
Cordialmente,

39728636.

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
OMAR	ESNEIDER	VELASQUEZ	ARDILA

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 1121870093

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

MEDICOOP IPS LTDA

2.2 Fecha

Año	Mes	Día
2021	12	11

2.3 Departamento

META

2.4 Municipio

VILLAVICENCIO

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	75.00
Movilidad	50.00
Cuidado Personal	62.50
Relaciones	75.00
Actividades de la Vida Diaria	65.00
Participación	78.13
GLOBAL	67.60

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.3 b147.2 b167.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s1109.378

3. Codigos Actividades y Participación

d155.3 d598.3 d910.2

Powered by CamScanner

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
EDNA ALEJANDRA RUALES BASTIDAS	Terapia ocupacional	CC-1124880486
CARMEN ELENA MALAVER MARTINEZ	Fisioterapia	CC-52340210
CESAR AUGUSTO JAIMES JAIMES	Medicina	CC-79343786

Alejandra Ruales B.
Terapeuta Ocupacional
Especialista GSST
C.C.

Dr. Cesar Jaimes
C.C.

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *OMAR ESNEIDER VELASQUEZ ARDILA* manifiesto que: *SI*

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

No Firma
Nombre y Firma

CC 1121870993
Documento: CC-1121870993

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula. *SI*

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez

Powered by CamScanner

NO FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 29-NOV-1990

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA **O+** G.S. RH **M** SEXO

10-DIC-2008 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
39729636
NUMERO
ARDILA ORTIZ
APELLIDOS
MARIA AURORA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-ENE-1968
CAQUEZA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
25-ABR-1987 CAQUEZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

Sisbén

Registro válido

B3

Pobreza moderada

Fecha de consulta: **14/11/2025**

Ficha: **500010921460400017588**

DATOS PERSONALES

Nombres: **OMAR ESNEIDER**

Apellidos: **VELASQUEZ ARDILA**

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **1121870993**

Municipio: **Villavicencio**

Departamento: **Meta**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **09/11/2024**

Última actualización ciudadana: **12/09/2025**

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **YOLANDA COY HERNANDEZ**

Dirección: **Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2**

Teléfono: **3208559257**

Correo Electrónico: **sisben@villavicencio.gov.co**

emsa
Electrificadora del Meta S.A.
NIT. 892200210-6

Calle 37 # 35-03 Barrio Alto Vel La Reforma Villavicencio
Línea 018 (solo usuarios Movistar)
Línea gratuita nacional: 018600018505
Desde Cuenta en operador: #18 (57) 8605
WhatsApp: 316 635 7464
www.electrificadoradelmeta.com

13505

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

402308101

"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de aparecer la palabra Inmediata la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN	FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN	CUDE
2025-10-01 11:58	2025-10-04 12:04	5e791d37f05be8d410887d7c825fe2658f5337617e43448b0955d1f0f82f799ce4a2b5e5679 1ed1c12a3f3f64f37bee4b

Suscriptor: MARIA AURORA ARDILA ORTIZ

Dirección: CR 18B 9 21 PS 2 BR BOCHICA

Ciudad: Villavicencio

8389

GRAN CONTRIBUYENTE RES No. 012835 de DIC.14-2018 DIAN - AGENTE AUTORRETENEDOR RES No. 017 Enero-25-2002
VIGILADO SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S Lectura Anterior 7439 — Lectura Actual 7523
Tipo de Lectura Con Lectura — Anomalia 0

Consumo Promedio UR 6 Meses: 88
Documento No.: DES4503434
Facturas Adeudadas: 0

Ultimo Pago: $55370 13-09-25
Periodo Facturado: 02-09-2025/02-10-2025
Ruta: 3-301904584

Información Técnica

MARCA CONTADOR (ES)	NÚMERO (S)	FACTOR
HnG	17382358	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 05-OCT-2025 07:10

ESTRATO	[illegible]	ZONA	[illegible]	CICLO	[illegible]
CLASE	[illegible]	CÓDIGO CIIU	[illegible]	ESTADO DEL PREDIO	01

Indicadores de calidad

Cód. Circuito	[illegible]	(NC) Horas Compensadas	[illegible]
CDT. Transformador	VI0308	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	VI1524	(CEC) Consumo estimado a compensar	0
(DIU) Duración en horas de interrupciones	13	(%a) Porcentaje de descuento del cargo	14
(FIU) Número total de interrupciones	078	(Dt) Cargo de Distribución	20
(DIUG) Meta por duración	1	(FIUG) Meta por Frecuencia	138.28
	21.54		20

V/r a Compensar $ [illegible]

Costo unitario de la prestación del servicio de EMSA ($ / kWh)

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra energía al generador	G $		Pérdidas reconocidas	PR $	
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	313.58	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	58.68
Transporte en el sistema de distribucion local	D $	51.66	Costo de comercialización	C $	36.41
Total Cuv Calculado(Creg 119-07) Unomonic) Nivel (		[illegible]	CU=G+T+D+C+PR+R		177.35

Interés moratorio residencial 0,49% — Interés moratorio no residencial 1,58%

Subsidio FOES

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía
771,53 (Valor kWh con SUBS) x 84 (Consumo en kWh) $64,809

VALOR NETO:	$76,315
Porcentaje de SUBSIDIO (15%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-11,437
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$64,809
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$2,287
Ajuste a la Decena	$4
SUBTOTAL VALOR OTROS DCSCUENTOS	$2,291
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$67,100

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ 0

Pague antes de	Suspensión desde	TOTAL A PAGAR
15-OCT-2025	16-OCT-2025	$67,100

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN RODRIGUEZ
FIRMA GERENTE

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art.130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se asimila a una letra de cambio. Electrificadora del Meta SA, NIT. 892.200.210-6, SVDE-EMSA

PERIODO FACTURADO	Ruta:	Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
02-09-2025/02-10-2025	3-301904584	402308101	15-OCT-2025	$67,100

(415)7709998002449(8020)402308101(3900)000067100

emsa
Electrificadora del Meta S.A.
NIT. 892200210-6

VIGILADO SUPERSERVICIOS

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO	
Nombre: Daniel Ricardo Velasquez Barragán	
Fecha de Nacimiento: 06 - Junio - 2011	Edad
Documento de identidad: 1122524723	
Diagnostico : Autismo	
Direccion: Manzana 80 Casa 23 Reliquia.	
Telefono: 3223283095 - 3147088909	
AFILIACION EPS: Sanitas	

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE
Nombre: Heidy Carolina Barragán
Dirección: manzana 80 Casa 23 Reliquia
Telefono: 3223283095 - 3147088909
Contacto de Emergencia y telefono: 3147088909

AUTORIZACIONES
Autoriza a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución SI: X NO: _____
Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta , para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a) SI: X NO: _____

FIRMA: _____

NOMBRE ACUDIENTE: Heidy Carolina B.

C.C. 41243893

Villavicencio,

SEÑORES
SECRETARIA SOCIAL
GOBERBERNACION DEL META
VILLAVICENCIO

Asunto: Solicitud Cupo Programa Atención Integral

Respetados Señores:

Yo Heidy Carolina Bamagan, identificada con cedula de ciudadania No. 41243943 actuando como representante legal de mi hijo Daniel E. Velasquez, identificado con cedula de ciudadania No. 1122524723 Y con diagnostico medico AUTISMO, me permito solicitar a la Secretaria social de la Gobernación del Meta, CUPO PARA MI HIJO EN CONDICION DE DISCAPACIDAD PARA EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL.

Agradezco de antemano la valiosa colaboración

Cordialmente,

41243943

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.122.524.723**
VELASQUEZ BARRAGAN

APELLIDOS
DANIEL RICARDO

NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA



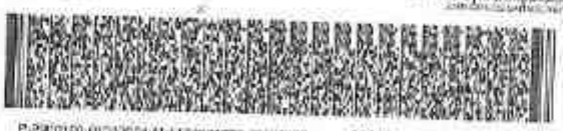
FECHA DE NACIMIENTO **06-JUN-2011**
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
06-JUN-2029
FECHA DE VENCIMIENTO
14-SEP-2018 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+
G.S. RH

M
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO



P-3900100-01043694-M-1122524723-20180130 0002945310A 1 1018136176

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.243.843**

BARRAGAN

APELLIDOS

HEIDY CAROLINA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAY-1985**

IBAGUE
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-JUL-2003 SAN JOSE DEL GUAVIARE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



A-5400100-00746139-F-0041243843-20150018 0046405904A 1 40810004

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Este certificado de discapacidad se genera para las solicitudes de reclamo de subsidio ante Cajas de Compensación Familiar, Fondo de Solidaridad Pensional, Fondo de Solidaridad y Garantía, así en los casos de solicitudes dirigidas por empleadores o personas que requieran el certificado, con el fin de obtener los beneficios establecidos en las Leyes 361 de 1997 y 1429 de 2010 y demás beneficios que señalen las normas para las personas con discapacidad.

Documento es válido hasta el 31 de enero cuando entra en vigencia la implementación de la Resolución 583 de 2018

DATOS RELACIONADOS CON LA DISCAPACIDAD

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD							
NOMBRES	DANIEL RICARDO						
APELLIDOS	VELASQUEZ BARRAGAN						
Tipo Documento	RC	TI X	CC	CE		Número Doc. 1.122.524.723	

DATOS RELACIONADOS CON LA DISCAPACIDAD	
DX PRINCIPAL CIE -10	F731 RETRASO MENTAL PROFUNDO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO QUE REQUIERE ATENCIOS O TRATAMIENTO
DX CIE -10 RELACIONADOS	R620 RETARDO EN EL DESARROLLO

TIPO DE DISCAPACIDAD	Física		Mental	X	Intelectual	
	Auditiva		Visual		Múltiple	

OBSERVACIONES
PACIENTE DE 12 AÑOS DE EDAD, QUIEN SE ENCUENTRA EN CONTROL PERMANENTE CON PEDIATRIA –PSICOLOGIA POR PRESENTAR RETRASO MENTAL PROFUNDO QUE LO HACE DEPENDER TOTALMENTE DE LA FAMILIA PARA SOBREVIVIR.

DATOS DE QUIEN GENERA EL CERTIFICADO

NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL
DIEGO OCAMPO VALLEJO

FIRMA Y REGISTRO MÉDICO/TARJETA PROFESIONAL

Diego Ocampo Vallejo
Doctor en Medicina y Cirugía
Universidad Nacional R.M. 0000

FECHA EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO
IPS PORFIA (ESE MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO) 26/02/24

Este documento se entrega a la Persona con Discapacidad o su cuidador, y en la Historia Clínica del Usuario reposará una copia.

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Este certificado de discapacidad se genera para las solicitudes de reclamo de subsidio ante Cajas de Compensación Familiar, Fondo de Solidaridad Pensional, Fondo de Solidaridad y Garantía, así en los casos de solicitudes dirigidas por empleadores o personas que requieran el certificado, con el fin de obtener los beneficios establecidos en las Leyes 361 de 1997 y 1429 de 2010 y demás beneficios que señalen las normas para las personas con discapacidad.

Documento es válido hasta el 31 de enero cuando entra en vigencia la implementación de la Resolución 583 de 2018

DATOS RELACIONADOS CON LA DISCAPACIDAD

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD							
NOMBRES	DANIEL RICARDO						
APELLIDOS	VELASQUEZ BARRAGAN						
Tipo Documento	RC	TI X	CC	CE		Número Doc 1.122.524.723	

DATOS RELACIONADOS CON LA DISCAPACIDAD	
DX PRINCIPAL CIE -10	F731 RETRASO MENTAL PROFUNDO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO QUE REQUIERE ATENCIOS O TRATAMIENTC
DX CIE -10 RELACIONADOS	R620 RETARDO EN EL DESARROLLO

TIPO DE DISCAPACIDAD	Física		Mental	X	Intelectual	
	Auditiva		Visual		Múltiple	

OBSERVACIONES
PACIENTE DE 12 AÑOS DE EDAD, QUIEN SE ENCUENTRA EN CONTROL PERMANENTE CON PEDIATRIA –PSICOLOGIA POR PRESENTAR RETRASO MENTAL PROFUNDO QUE LO HACE DEPENDER TOTALMENTE DE LA FAMILIA PARA SOBREVIVIR.

DATOS DE QUIEN GENERA EL CERTIFICADO

NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL
DIEGO OCAMPO VALLEJO

FIRMA Y REGISTRO MÉDICO/TARJETA PROFESIONAL

Diego Ocampo Vallejo
Médico de Medicina Familiar
Universidad Nacional R.M. 0320

FECHA EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO
IPS PORFIA (ESE MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO) 26/02/24

Este documento se entrega a la Persona con Discapacidad o su cuidador, y en la Historia Clínica del Usuario reposará una copia.

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

I. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
YEPALDIN BARBOSA MORENO	Psicología	CC-1030586089
CARMEN ELENA MALAVER MARTINEZ	Fisioterapia	CC-32349213
JOSE ALFREDO ORTEGA VEGA	Medicina	CC-84038431

El certificado o información que se emplean como prueba ante el Juez [illegible] de prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones y de Seguridad Social [illegible] para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
DANIEL	RICARDO	[illegible]	ZAPATEIRO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad		Cedula de ciudadanía	Cedula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
			X					

Número de documento de identidad: 1122524723

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

Grupo de inversión en sector servicios

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2024	8	24

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

901587502

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	NO	X
Visual	SI	NO	X
Auditiva	SI	NO	X
Intelectual	SI	X	NO
Psicosocial (Mental)	SI	NO	X
Sordoceguera	SI	NO	X
Múltiple	SI	NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	75.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	50.00
Actividades de la Vida Diaria	50.00
Participación	75.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b122.3 b130.3 b152.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.3 s730.3

3. Codigos Actividades y Participación

d175.3 d550.3 d570.3

Clínica de Nuestra Señora de la Paz

CLINICA DE NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ

NIT 860015905-6

CR 69 Num. 12 -75 Telefonos 2921277

DATOS PERSONALES

Paciente	Tarjeta de Identidad - 1122524723 - DANIEL RICARDO VELASQUEZ BARRAGAN			**Estado Civil**	Soltero
Edad en Atención	14 Años / 1 Meses / 19 Días	**Sexo**	Masculino	**Teléfono**	3223283095
Fecha Nacimiento	06/06/2011	**Dirección**	MZ 80 CASA 23 BR LA RELIQUIA	**Fecha Ingreso**	22/07/2025 6:14:30 a. m.
Procedencia	VILLAVICENCIO	**Ingreso**	136133	**Fecha Egreso**	
Servicio Folio	701 - CONSULTA EXTERNA SEDE CALLE 12		**Última Cama**		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	EPS SANITAS S.A.S	**Regimen**	Subsidiado	Ninguno	**NIVEL** SUBSIDIADO NIVEL I
Acudiente		**Telefono**		**Parentesco**	
Acompañante		**Teléfono**			

Folio Nº 1 **Profesional** PAOLA PACHECO TOCHOY **Fecha grabación de folio** 22/07/2025 7:02

REPS Ingreso 356 **REPS Egreso** 356

PSIQUIATRÍA - ATENCIÓN AMBULATORIA DE PRIMERA VEZ

CAUSA EXTERNA Enfermedad_general **FINALIDAD CONSULTA** Otra **DX** F730 - RETRASO MENTAL NO ESPECIFICADO DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO

MOTIVO DE CONSULTA

CONSULTA PRESENCIAL. PREVIA AUTORIZACIÓN DE ACUDIENTE Y PACIENTE. CON MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

PSIQUIATRIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Natural y procedente de: Villavicencio
Vive con: mamá y medio hermano de 3 años
escolaridad: retirado. Previo en fundación modalidad atrapa sueños
Acompañante: Heidy Caroline (mamá)

MC: "por seguimiento"

ENFERMEDAD ACTUAL

Desde año 2024 tiene una valoración en psiquiatría en Roosevelt, donde describen antecedente de retraso psicomotor, trastorno del aprendizaje, y documentan deleción de cromosoma 5q15 asociado a discapacidad cognitiva moderada. y fue remitido al servicio por que se le dificulta seguir instrucciones, se muerde, se pellizca. A los demás también les busca juego brusco. Ha recibido haloperidol y risperidona pero documentan distonía de miembros inferiores. No esta medicado por esto. Intentaron aripiprazol y si lo tolero.
esta en terapias integrales en Passus.
Año 2024 paso por presunto abuso, se lo conto en la fundación este año a alguien del personal quien lo reporto, le tomaron ETS negativos.
Historia de neuropediatría 21 julio 2025: antec de discapacidad. hx a los 4 años por meningitis. no escolarizado, reportan las dificultades comportamentales y concluyen remisión a psicología
Genética 2016: estudio FMR 1 negativo
Endocrinología Abril 2024: talle baja familiar, peso bajo para talla con origen posible genetico, pidieron estudio de perfil tiroideo, anticuerpos, y control

Prueba Cognitiva Junio 2019: CV: 59 RP: 55 MT: 50 VP: 50 CIT: 44
HIBRIDACIÓN GENÓMICA 30 NOV 2018: Portador de deleción probablemente patogénica en región crom 5q15 lo que podía explicar el fenotipo del paciente.
Talla: talla baja
Isiometria Nov 2017: adecuada para la edad
Eco de vias urinarias Dic 2020: normal
Carpograma 6 Mayo 2025: edad cronológica de 13 años y 6 meses
Ecografía testicular Abril 2025: micro litiasis testicular bilateral, pequeño quiste en cabeza de epidídimo izquierdo
TSH y T$ normal año 2025.
RNM cerebral 2016: normal
EEG 2016: normal
Ecografía tiroides Mayo 2024: normal

Esta pendiente cita de endocrinología

Año previo se sacaba el pene en cualquier momento, ahora se manipula los genitales pero estando solo. A la mamá la agrede y con hermano es brusco.
Toca repetirle todo, la mamá describe que a veces es inquieto.
Duerme y come bien, tiene un plan de nutrición.

HISTORIA PERSONAL

Ingresó a Fundación de modalidades desde los 10 años y antes en Ibague fundacion

HISTORIA FAMILIAR

papás nunca convivieron
hermana mayor de 19 años es independiente
y medio hermano menor
mamá labora en oficios varios

EXAMEN MENTAL

Arreglo adecuado, hace contacto verbal y visual, hace juego con caja de legos, se observa dificultad para encajar las fichas, dice que tiene 8 años, es hipoprosexico, pensamiento concreto, muestra intención de comunicar, no ideas suicidas, no es claro el concepto de muerte, sabe emociones básicas.

Clínica de Nuestra Señora de la Paz

CLINICA DE NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ

NIT 860015905

PSIQUIATRÍA - ATENCIÓN AMBULATORIA DE PRIMERA VEZ

Paciente Tarjeta de Identidad - 1122524723 - DANIEL RICARDO VELASQUEZ BARRAGAN

Procedencia VILLAVICENCIO **Ingreso** 136133 **Fecha Ingreso** 22/07/2025 5:14:30 a. m.

animales, confunde lateralidad, su lenguaje tiene dislalias, no reconoce números ni vocales, no actividad alucinatoria, juicio interferido.

ANÁLISIS

Paciente con previo proceso por historia de retraso en su desarrollo, ya con diagnostico y certificado de discapacidad cognitiva con hallazgo en estudios de extensión de deleción de cromosoma 5q15 lo que explica su fenotipo, se decide actualizar estudio cognitivo, se beneficia de seguir terapias, retomo uso de aripiprazol para modulación de la conducta, y pido ekg con el fin de contemplar uso de neuro estimulante. Control en 1 mes.

PLAN

- prueba de inteligencia
- aripiprazol 15mg, media tab cada noche
- ss/ EKG
- seguimiento en terapias Passus
- control en 1 mes

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	REGISTRA	OBSERVACIONES
Médicos	22/07/2025	PACHECO TOCHOY PAOLA	Producto de 2do embarazo, 41 sem, eutócico, peso: 3400gr talla: nr SC: s: gateo: no lo hizo marcha: 4 años lenguaje: 10 añosPATOLOGICOS: deleción de cromosoma 5q15 asociado a discapacidad cognitiva moderadaQUIRURGICOS: herniorrafias inguinalesHOSPITALARIOS: maningitis por 4 meses procesos respiratorios hasta los 9 añosTOXICO- ALERGICOS: vancomicina, sensibilidad a risperidona y haloperidol FARMACOLOGICOS: niega pero antes aripiprazol
F...iares	22/07/2025	PACHECO TOCHOY PAOLA	abuela materna ca gastrico
Familiares	22/07/2025	PACHECO TOCHOY PAOLA	abuela materna ca gastricoabuelo paterno hipertenso y diabetico

DIAGNOSTICOS CODIGO CIE10

CODIGO	NOMBRE	Principal	Ingreso	Egreso
F790	RETRASO MENTAL, NO ESPECIFICADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO	☑	☐	☐
Tipo: Presuntivo **Clase:** Impresion_Diagnostica **Clasificación:** No_Corresponde **Observación:**				
Q934	SUPRESION DEL BRAZO CORTO DEL CROMOSOMA 5	☐	☐	☐
Tipo: Presuntivo **Clase:** Impresion_Diagnostica **Clasificación:** No_Corresponde **Observación:**				

MEDICAMENTOS SOLICITADOS

	CANTIDAD	VIA	AMBITO
ARIPIPRAZOL 15 MG TABLETA	90	Oral	Externo
Posología: 1 tableta cada noche 7pm			

EXAMENES SOLICITADOS

CODIGO	NOMBRE	OBSERVACION
895104	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE	

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

	NOMBRE	OBSERVACIONES
949101	ADMINISTRACION (APLICACION) DE PRUEBA DE INTELIGENCIA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	puede ser tomada en clinica la paz
890385	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PEDIATRICA	en 1 mes

INDICACIONES MEDICAS

a_Consulta_Externa

CONSTANCIAS

SE CERTIFICA QUE EL MENOR ASISTE A CITA MEDICA EL DIA DE HOY EN COMPAÑIA DE LA PROGENITORA

PAOLA PACHECO TOCHOY
15382 PSIQUIATRÍA INFANTIL

Bogotá, Martes 12 de Febrero de 2019

Señor(a)
HEIDY CAROLINA BARRAGAN
Dirección JORDAN RESERVADO
Teléfono 3222343563
VILLAVICENCIO, META

Consultando el Registro Unico de Victimas (RUV) el dia Martes 12 de Febrero de 2019, nos permitimos informar el estado y hecho(s) victimizante(s) por el cual se encuentra registrado(a) **HEIDY CAROLINA BARRAGAN** identificado(a) con cédula de ciudadania **41243843**, en calidad de declarante y/o jefe de hogar

RF000305504	3433222 (RUV)	Incluido	Desplazamiento forzado	04/12/2016	GUAVIARE (95)	SAN JOSE DEL GUAVIARE (95001)

Que dentro de la declaración rendida **RF000305504** y el hecho victimizante **Desplazamiento forzado**, se evidencia la relación del siguiente núcleo familiar

ZURY DANELLY VELASQUEZ BARRAGAN	Hijo(a)/Hijastro(a)	1123804566	Incluido	12/4/2016
DANIEL RICARDO VELASQUEZ BARRAGAN	Hijo(a)/Hijastro(a)	1122524723	Incluido	12/4/2016
HEIDY CAROLINA BARRAGAN	Jefe(a) de hogar (Declarante)	41243843	Incluido	12/4/2016

Código Verificación: 20190212111101982

Debe tener en cuenta que la conformación del grupo familiar inscrito en el Registro Único de Victimas está determinado por la información que de manera libre y voluntaria realizó la persona que declaró ante el Ministerio Público. De esta manera, el grupo familiar queda registrado tal y como lo expresó el (la) declarante, quien lo conformó, basado en los factores de tiempo, modo y lugar de los hechos victimizantes.

De conformidad con el Articulo 15 de la Constitución, toda la información suministrada por la Victima y aquella relacionada con la solicitud de Registro es de carácter RESERVADO, citado en el parágrafo 1° del Articulo 156 de la Ley 1448 de 2011, de igual manera el articulo 31 del decreto 4800 en su numeral noveno señala "Garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información y abstenerse de hacer uso de la información contenida en la solicitud de registro o del proceso de diligenciamiento para obtener provecho para sí o para terceros".

Conforme a lo anterior y dadas las facultades legales descritas no se emitirán copias de este documento a ninguna otra entidad, ni persona natural o jurídica.

LOS TRÁMITES Y SERVICIOS QUE OFRECE LA UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS

Sisbén

Fecha de consulta: 14/11/2025

Ficha: 50001039746100005367

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DANIEL RICARDO

Apellidos: VELASQUEZ BARRAGAN

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1122524723

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

[redacted]

Encuesta vigente: 26/09/2019

Ultima actualización ciudadano: 19/09/2025

Ultima actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección: Calle 33 No 33 - 34 Barrio Barzal Bajo Edificio Torre 33 Piso 2

Teléfono: 3208559257

Correo Electrónico: sisben@villavicencio.gov.co

emsa

Documento equivalente electrónico - Servicios públicos domiciliarios

CÓDIGO DEL CLIENTE

CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

321846854

-25)-144-10 39EMSA2025v2

"El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual podrá interponer en las oficinas de servicio al cliente o canales de atención dispuestos por la Electrificadora del Meta SA ESP dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en subsidio de apelación ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios". En caso de cancelar la factura inmediata la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento".

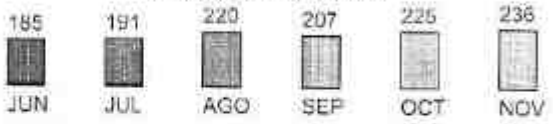
FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-11-06 10:46 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-11-06 10:48 | CUDF |

Suscriptor: **SARA CAMACHO DE HERNANDEZ**

Dirección: MZ 80 CS 23 BRR LA RELIQUIA

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(4) A-S Lectura Anterior 6850
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 6885
Anomalía 0

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACION		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		No. DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACION			
SALDO A FAVOR	$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía:	
400.94 (Valor kWh con SUBS) x 173 (Consumo en kWh)	$69,363
924.1 (Valor kWh) x 63 (Consumo en kWh)	$58,216
VALOR NETO.	$218,085
Porcentaje de SUBSIDIO (57%)	
Valor porcentaje de SUBSIDIO	$-90,507
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	$127,581
OTROS CONCEPTOS:	
Impuesto AP	$2,181
SUBTOTAL VALOR OTROS	$2,181
DESCUENTOS:	
Ajuste A la Decena	$-2
SUBTOTAL VALORES DESCUENTOS	$-2
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	$129,760

Consumo Promedio Ult. 6 Meses: 192
Documento No.: DES4950001
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: $100930 17-10-25
Periodo: 05-10-2025/04-11-2025
Ruta: 9-900163417

MARCA CONTADOR (ES)	NUMERO ($)	FACTOR
DIS	20102742	1

FECHA Y HORA DE EXPEDICION 07-NOV-2025 08:28

ESTRATO	1	ZONA	Urbano	CICLO	32
CLASE	Residencial	CODIGO CAU	Gran Ciudad	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Cod Circuito	VI1102	(MC) Mes a Compensar	0
Transformador	VIT5733	(MD) Mes a descontar	0
Localidad	10	(XEC) Consumo estimado a compensar	207
(DIAS) Dias facturados en mes de interrupciones	17.843	Sub Periodo Lectura de facturación (Días)	30
(NM) Numero total de interrupciones	39	(D) Cargo de distribución	199.85
(DEQ) Días por duración	21.84	(FAG) Factor Frecuencia	30

Vrs a Compensar $ 0

CONCEPTO			CONCEPTO		
Compra de energía (generación)	G $	323.2	Pérdidas reconocidas	PR $	60.23
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T $	32.97	Otros costos asociados al mercado de energía	O $	30.83
Transporte en el sistema de distribución local	D $	275.2	Costo de comercialización	C $	181.67
Total Cuv Calculado (Creg 119-07) (monomio) Nivel 1 (CU-G+T-D-Cv-PR-R					924.1
Factor multiplicador residencial		0,49%	Factor multiplicador no residencial		1,08%

Consumo kWh	Vr. Unitario kW	Factura	Valor	Resolución

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO $ $0

Fecha de Expedición	Fecha de Vencimiento	Total a Pagar
14-NOV-2025	15-NOV-2025	$129,760

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21 Señor Usuario: Le informamos que en la presente facturación usted superó en su consumo la cantidad de Kilovatios subsidiados (173 kWh-mes), por lo cual se generó un cobro de 63 kWh-mes sin subsidio. (Res. Upme 0355 de 2004)

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

PERIODO FACTURADO

05-10-2025/04-11-2025

Código del cliente	Fecha de vencimiento	Valor a pagar
321846854	**14-NOV-2025**	**$129,760**

415770999800244980200321846854390000000129760

emsa

VIGILADO SUPERSERVICIOS

La presente factura presta mérito ejecutivo (Art 130 Ley 142 de 1994) y para todos los efectos se somete a una tasa de cambio. Electrificadora del Meta SA. Nit: 892.000.2-0-6. SIVIGE EMSA.

Usuario: LAVA Y PLANCHA LA RES INDUSTRIAL DE UN SOLO TANQUE Y UNA VARIETE DE LAVADORAS DE ROPA VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS

DEPARTAMENTO DEL META

CONTRATO GOBERNACION DEL META Y CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO ATENCION INTEGRAL POBLACION CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

Nombre: PAULA ANDREA VERGARA TORO

Fecha de Nacimiento: 22-05-2011

Edad: 14.

Documento de Identidad: 1029 993941

Diagnostico: DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Direccion: Calle 5 a N° 11-50 ESTERO

Telefono: 3204064089

AFILIACION EPS: Sanitas

DATOS PERSONALES DEL ACUDIENTE

Nombre: NUBIA ANDREA TORO NOVOA

Dirección: Calle 5a N° 11-50 ESTERO

Telefono: 3204064089

Contacto de Emergencia y telefono: 3214920001

AUTORIZACIONES

Autorize a su hijo (a) a participar de todas las actividade que se desarrollen fuera de la institución

SI: Y NO: _____

Autorizacion a la Corporacion y la Gobernacion del Meta, para empleo de material fotografico y/o video en el que aparezca mi hijo (a)

SI: X NO: _____

FIRMA: ANDREA TORO

NOMBRE ACUDIENTE: NUBIA ANDREA TORO NOVOA

C.C. 1121842378 U/cio

Villavicencio, 19 de Noviembre de 2025.

Señores
Secretaría Social
Gobernación del Meta
Ciudad

ASUNTO: SOLICITUD DE ASIGNACIÓN DE CUPO Y VINCULACIÓN A PROGRAMAS SOCIALES

Cordial saludo,

Yo, NUBIA ANDREA TORO NOVOA, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.121.842.378, respetuosamente me permito solicitar a su despacho la asignación de un cupo para mi hija PAULA ANDREA VERGARA TORO, identificada con Tarjeta de Identidad No. 1.029.993.941 de Villavicencio.

La presente solicitud se fundamenta en que mi hija se encuentra en condición de discapacidad intelectual, situación que se encuentra debidamente certificada mediante el certificado de discapacidad que adjunto como soporte. Debido a esta condición y a las limitaciones que presenta en su desarrollo, solicito que ella pueda ser incluida en los programas de apoyo, asistencia y beneficios sociales que ofrece la Gobernación del Meta para población con discapacidad.

Es de gran importancia para el bienestar, avance y calidad de vida de mi hija poder acceder a estos programas, ya que hasta el momento no ha recibido ningún tipo de beneficio, y considero fundamental que cuente con el acompañamiento estatal necesario para fortalecer su proceso de inclusión y desarrollo integral.

Agradezco de antemano la atención prestada y quedo atenta a cualquier información adicional o trámite que deba adelantar.

Atentamente,

Andrea Toro

NUBIA ANDREA TORO NOVOA
C.C. 1.121.842.378
Cel.: 320 406 4089

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
PAULA	ANDREA	VERGARA	TORO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
META	VILLAVICENCIO

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
			X					

Número de documento de identidad: 1029993941

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

MULTISALUD LIMITADA

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2023	10	27

2.3 Tipo de Entidad Valoradora

NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora

830511298

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI	X	NO	
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	50.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	15.00
Actividades de la Vida Diaria	55.56
Participación	60.71

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b117.2 b134.2 b144.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s198.299

3. Codigos Actividades y Participación

d155.2 d161.2 d7500.3

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
YEIMMY ALEXANDRA LOSADA MORALES	Enfermería	CC-1030551401
JUAN CARLOS FELIZZOLA DIAZ	Fisioterapia	CC-1082897204
XIOMARA ALEXANDRA PIÑEROS TURRIAGO	Medicina	CC-53107376

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.029.993.941**
VERGARA TORO

APELLIDOS
PAULA ANDREA

NOMBRES
Paula Vergara

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **22-MAY-2011**
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

22-MAY-2029 **B+** **F**
FECHA DE VENCIMIENTO G. S. RH SEXO

11-OCT-2018 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.121.842.378**

TORO NOVOA

APELLIDOS

NUBIA ANDREA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-ENE-1988**
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 **B+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

19-JUL-2006 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-3300153-00079601-F-1121842378-20170106 00530628A 1 1864253579

PERSONERIA MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO
Gestión y Resultado

HACE CONSTAR

Que NUBIA ANDREA TORO NOVOA, identificada con Cedula de ciudadanía 1121842378, quien manifestó ser desplazada victima de la violencia, el hecho victimizante DESPLAZAMIENTO FORZADO, por lo tanto se encuentra en trámite el formulario diligenciado ante la UNIDAD DE ATENCIÓN Y REPARACION INTEGRAL A VICTIMAS para su EVALUACIÓN E INSCRIPCIÓN.

La constancia se da a solicitud del interesado (a), para que goce junto con su núcleo familiar el servicio de atención hospitalaria por espacio de 4 meses a partir de la fecha, en cualquier centro de salud, de primer nivel de complejidad perteneciente a la E.S.E. Municipio de Villavicencio- Meta, y en caso de servicios de salud de segundo nivel en el Hospital Departamental de Villavicencio, E.S.E. así como el derecho al estudio de sus hijos tal como establece la Ley.

INTEGRANTES:

NUBIA ANDREA TORO NOVOA –DECLARANTE
PAULA ANDREA VERGARA TORO- HIJA

Dada en la ciudad de Villavicencio Meta dia 07 de mayo de dos mil trece (2013).

ORIENTACION MASIVA: Para el dia 08 de mayo de 2013, a las 7:30 A.m en la UAO Villavicencio.

TELEFONO DE LA UAO PARA SOLICITAR CITA 6713442

ANEXO 3:

MINUTA DE ALMUERZO Y REFRIGERIOS

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR
CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
MINUTA NUTRICIONAL

BIENESTAR FAMILIAR
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
REGIONAL META
CENTRO ZONAL VILLAVICENCIO
PROGRAMA NIÑOS (AS) ADOLESCENES, JOVENES Y ADULTOS CON DISCPACIDAD
CICLO DE MINUTAS – EDAD DE 8 A 59 AÑOS 11 MESES

MINUTA NUTRICIONAL 2025

SEMANA NO. 1 NOVIEMBRE 2025					
LUNES	**MARTES 18**	**MIERCOLES 19**	**JUEVES 20**	**VIERNES 21**	**SABADO 22**
REFRIGERIOS					
Mantecada Avena fria Porción de fruta	Galleta con chips de chocolate Jugo en leche Porción de fruta	Liberales Kumis Porción de fruta	Galleta de coco Chocolisto frio Porción de fruta	Brazo de reina Jugo en leche Porción de fruta	Hojaldra de pollo Jugo enleche Porción de fruta
ALMUERZO					
sopa de mazorca arroz blanco pechuga con verduras plátano cocinado rodaje de tomate jugo	Sopa de pasta Arroz blanco Frijoles guisados Carne sudada con yuca Rodajea de pepino cohombro Jugo	Sopa de plátano Arroz blanco Habichuela guisada Carne sudada Rodaja de tomate y pepino cohombro Plátano cocinado Jugo	Crema de ahuyama Espaguetis con pollo en salda roja Rodaja de pan Ensalada de zanahoria, tomate y lechuga jugo	Frijoles en sopa Arroz blanco Arepa antioqueña Huevo en tortilla Ensalada de cebolla cabezona, lechuga y zanahoria Jugo	Sopa de garbanzo Arroz blanco Callo guisado con verduras y Papa Ensalada de tomate lechuga cebolla Jugo

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR
CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
MINUTA NUTRICIONAL

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
REGIONAL META
CENTRO ZONAL VILLAVICENCIO
PROGRAMA NIÑOS (AS) ADOLESCENES, JOVENES Y ADULTOS CON DISCPACIDAD
CICLO DE MINUTAS – EDAD DE 8 A 59 AÑOS 11 MESES

MINUTA NUTRICIONAL 2025

SEMANA NO. 2 NOVIEMBRE 2025					
LUNES 24	**MARTES 25**	**MIERCOLES 26**	**JUEVES 27**	**VIERNES 28**	**SABADO 29**
REFRIGERIOS					
Pan dulce Jugo en leche Proción de fruta	Galleta cuca Aguapanela con leche Porción de fruta	Sandwis de jamón y queso Jugo en leche Porción de fruta	Galletas cucas Aguapanela con leche Porción de fruta	Corazones de hojaldra Jugo en leche Porción de fruta	Galleta de coco Avena Porción de fruta
ALMUERZO					
Sopa de lentejas Arroz blanco Papa salada Huevo frito Ensalada de tomate cebolla y lechuga Jugo	Sopa de pachanga Arroz blanco Pepinos guisados Pollo guisado con papa Rodaja de tomate Jugo	Sanchocho Arroz blanco Pollo dorado Ensalada de tomate, cebolla cilantro Jugo	Sopa de colicero Arroz blanco Plátano cocinado Ensalada roja (remolacha, zanahoria, cebolla y mayonesa) Carne sudada Jugo	Sopa de cebada Arroz blanco Higado encebollado Porción de yuca Ensalada de cebolla, tomate y lechuga Jugo	Sopa de arracacha Arroz blanco Carne desmechada Papa blanca Ensalada de pepino, tomate, lechuga Jugo

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR
CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
MINUTA NUTRICIONAL

BIENESTAR FAMILIAR
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
REGIONAL META
CENTRO ZONAL VILLAVICENCIO
PROGRAMA NIÑOS (AS) ADOLESCENES, JOVENES Y ADULTOS CON DISCPACIDAD
CICLO DE MINUTAS – EDAD DE 8 A 59 AÑOS 11 MESES

MINUTA NUTRICIONAL 2025

SEMANA NO. 3 DICIEMBRE 2025					
LUNES 01	**MARTES 02**	**MIERCOLES 03**	**JUEVES 04**	**VIERNES 05**	**SABADO 06**
REFRIGERIOS					
Liberales Jugo Porción de fruta	Mantecada Chocolate Porción de fruta	Torta de queso Avena instantánea Porción de fruta	Roscón Jugo en leche Porción de fruta	Pan con mantequilla Aguapanela con leche Parición de fruta	Sandwis de jamón y queso Jugo en botella Porción de fruta
ALMUERZO					
sopa de verduras arroz blanco carne molida papa con mayonesa arvejas guisadas ensalada verde jugo	Sopa de cuchuco Arroz con pollo y verduras Ensalada de zanahoria, lechuga y pepino Porción de plátano Jugo	Sopa de mazorca Arroz blanco Pechuga con verduras Plátano cocinado Ensalada de tomate, cebolla y pepino Jugo	Sopa de avena Arroz con fideos Carne con gulas con habichuela, zanahoria Tajada de plátano Ensalada de lechuga tomate y cebolla Jugo	Sopa de pachanga Arroz blanco Frijoles en seco Carne molida Ensalada de cebolla cabezona, zanahoria rallada y tomate Jugo	Consomé de pollo Arroz con zanahoria Carne de cerdo en salda de maracuyá Ensalada agridulce (lechuga, fresa, mango, piña y crema de leche) Pure de papa Jugo

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR
CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
MINUTA NUTRICIONAL

BIENESTAR FAMILIAR
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
REGIONAL META
CENTRO ZONAL VILLAVICENCIO
PROGRAMA NIÑOS (AS) ADOLESCENES, JOVENES Y ADULTOS CON DISCPACIDAD
CICLO DE MINUTAS – EDAD DE 8 A 59 AÑOS 11 MESES

SEMANA NO 4. DICIEMBRE 2025					
LUNES	**MARTES 09**	**MIERCOLES 10**	**JUEVES 11**	**VIERNES 12**	**SABADO13**
REFRIGERIOS					
Galleta de coco Avena Porción de fruta	Mantecada Jugo en leche Porción de fruta	Liberales Chocolate Porción de fruta	Arepa de queso Aguapanela con leche Porción de fruta	Pasabocas Kumis Porción de fruta	Empañada de pollo Jugo Porción de fruta
ALMUERZO					
sopa de cuchuco arroz blanco habichuelas guisadas carne encebollada rodaja de tomate jugo	Sopa de pachanga Espaguetis con pollo en salsa blanca Tajada de pan Ensalada de cebolla cabezona, tomate Jugo	Sopa de mazorca arroz blanco pepino de guiso carne sudada rodaja de tomate jugo	Sopa de plátano arroz blanco frijol seco guisado huevo frito ensalada de tomate, cebolla y lechuga jugo	sopa de pasta arroz blanco 'pechuga asada Ensalada agridulce Papa blanca con mayonesa Jugo	Sanchocho de res Carne al horno Papa Yuca Guacamole Jugo

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR
CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
MINUTA NUTRICIONAL

BIENESTAR FAMILIAR
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
REGIONAL META
CENTRO ZONAL VILLAVICENCIO
PROGRAMA NIÑOS (AS) ADOLESCENES, JOVENES Y ADULTOS CON DISCPACIDAD
CICLO DE MINUTAS – EDAD DE 8 A 59 AÑOS 11 MESES

SEMANA NO 5. DICIEMBRE 2025					
LUNES 15	**MARTES 16**	**MIERCOLES 17**			
REFRIGERIOS					
Mantecada Chocolate Porción de fruta	Pasabocas hojaldrados Avena Porción de fruta	Torta de queso Yogurt Porción de fruta			
ALMUERZO					
Sopa de arracacha Arroz con frijolitos Pollo guisado con papa Ensalada roja remolacha y zanahoria Jugo	Sopa de arveja amarilla Arroz blanco Sobrebarriga en salsa Papa con guiso Ensalada de pepino, tomate y lechuga Jugo	Frijoles de sopa Arroz blanco Arepa antioqueña Huevo frito Ensalada de lechuga, zanahoria y pepino Jugo			

ANEXO 4:

LISTA DE ENTREGA DE ALMUERZOS Y REFRIGERIOS

	CONTRATO GOBERNACIÓN DEL META	META
	LISTA DE ENTREGA DE REFRIGERIOS Y ALMUERZOS	

GRUPO 1 MAÑANA																											
No.	APELLIDOS	NOMBRES	NOVIEMBRE											DICIEMBRE													
			18	19	20	21	22	24	25	26	27	28	29	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	15	16	17
1	BERNAL BETANCOURT	MARTIN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
2	CHAPARRO LEAL	YEFERSON STEVEN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
3	GARCIA QUIROGA	PAULA ANDREA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
4	GARCIA ROZO	ANGEL DAVID	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
5	MARTINEZ CASTILLO	ENOC	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
6	MEDINA ORTIZ	DYLAN MATIAS	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
7	RETAMOZO GUTIERREZ	ELIHU MARTIN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
8	SOLANO MELO	JUSSEPH CAMILO	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

F	
A	

MANIPULADORA DE ALIMENTOS

	CONTRATO GOBERNACIÓN DEL META	META
	LISTA DE ENTREGA DE REFRIGERIOS Y ALMUERZOS	

GRUPO 3 MAÑANA

No.	APELLIDOS	NOMBRES	NOVIEMBRE											DICIEMBRE													
			18	19	20	21	22	24	25	26	27	28	29	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	15	16	17
1	GARCIA DIAZ	ANA MARIA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
2	ORTIZ TEJADA	PABLO ENRIQUE	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
3	PACHECO ROMERO	SEBASTIAN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
4	PEREZ ORTEGA	ANDRES RICARDO	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
5	ROMERO FEDRAZA	JORGE SEBASTIAN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
6	TIRADO MENDEZ	MARYELIN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
7	VELASQUEZ ARDILA	OMAR SNEIDER	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

MANIPULADORA DE ALIMENTOS

F	
A	

	CONTRATO GOBERNACIÓN DEL META	META
	LISTA DE ENTREGA DE REFRIGERIOS Y ALMUERZOS	

GRUPO 1 TARDE																												
No.	APELLIDOS	NOMBRES	NOVIEMBRE											DICIEMBRE														
			18	19	20	21	22	24	25	26	27	28	29	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	15	16	17
1	AVILA GOMEZ	JESUS ESTIVEN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
2	CASTAÑEDA ROA	LUISA FERNANDA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
3	CARRERA LADINO	JUAN MIGUEL	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
4	CUBILLOS LINARES	EDILSON NEYMAR	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
5	DIAZ ACOSTA	JUAN CAMILO	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
6	LUNA MONSALVE	RUSBEL DAVID	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
7	MUÑOZ DELGADO	AARON	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
8	MURCIA MATEUS	EILYN CAROLINA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
9	PEÑA GARCIA	JOHAN SEBASTIAN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
10	REYES VELASQUEZ	RAFAEL	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
11	VELA MATEUS	YULY NATALIA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
12	VELASQUEZ BARRAGAN	DANIEL RICARDO	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

F	
A	

MANIPULADORA DE ALIMENTOS

CONTRATO GOBIERNACIÓN DEL META

LISTA DE ENTREGA DE REFRIGERIOS Y ALMUERZOS

META

GRUPO 2 TARDE

No.			NOVIEMBRE											DICIEMBRE														
			18	19	20	21	22	24	25	26	27	28	29	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	15	16	17
1	BENAVIDES HERNANDEZ	BRAYAN ALEXANDER	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
2	BOBADILLA AVILA	MARIANA YIELA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
3	CARVAJAL SALAZAR	ANGIE CRISTINA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
4	GUALTEROS CACERES	XIOMARA PAULINA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
5	MURCIA RIVEROS	ANGELO DAVID	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
6	OSPINA PRIETO	JULIAN DAVID	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
7	PARRADO CASTRO	SAMUEL FELIPE	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
8	PULIDO TOVAR	STEPHANI	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
9	RIOS CASALLAS	DANIEL	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
10	VARGAS VIANCHA	SANDRA LIZETH	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
11	VERGARA TORO	PAULA ANDREA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

1	
2	

Anna Julia Cortés V.

MANIPULADORA DE ALIMENTOS

	CONTRATO GOBERNACIÓN DEL META	
	LISTA DE ENTREGA DE REFRIGERIOS Y ALMUERZOS	META

GRUPO 3 TARDE

No.	APELLIDOS	NOMBRES	NOVIEMBRE											DICIEMBRE													
			18	19	20	21	22	24	25	26	27	28	29	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	15	16	17
1	ALARCON FLORES	HERIT ANDRES	A	A	A	A	X	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
2	CASTRILLON MUÑOZ	JUAN MANUEL	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
3	CRISTANCHO CAMPO	EDGAR IVAN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X
4	DAZA REINA	JOSE FERNANDO	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
5	GOMEZ RODRIGUEZ	DEISY MILADY	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
6	MEDINA HERNANDEZ	RAFAEL ENRIQUE	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
7	OVIEDO JIMENEZ	MICHAEL ESLEY	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
8	PALACIOS BORJA	EDWARD STEVEN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
9	PALACIOS BORJA	DEIVID STIV	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
10	ROCHA AREVALO	JOSE MANUEL	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
11	ROZO FIERRO	MAUREN SOFIA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
12	SIMMONDS PEREIRA	NELSON SHAMIR	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
13	VALENCIA RAMIREZ	JHONATAN STIVEN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

F		NO ASISTIO
A		ASISTIO

Ana Gisela Cantor.

MANIPULADORA DE ALIMENTOS

ANEXO 5:

DOCUMENTOS DE VEHÍCULOS QUE PRESTÓ EL SERVICIO DE TRANSPORTE

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

RESOLUCION NUMERO - 0 [illegible] DE 2016

(10 JUN 2016

[illegible]

LA DIRECTORA TERRITORIAL META
DEL MINISTERIO DE TRANSPORTE

En uso de sus facultades legales y en especial de las conferidas por el Decreto 087 de 2011 y [illegible] de 31 de mayo de 2013 y

CONSIDERANDO

Que el Decreto de servicio público esencial bajo la regulación del Estado que fija y asegura la prestación de las Empresas de transporte público, regula la prestación del citado servicio [illegible] especialmente en cuanto a la seguridad en la prestación del servicio y el cuidado de los usuarios.

Que el Decreto [illegible] de mayo de 2013 [illegible] de competencias de [illegible] en la Alcaldía Municipal de Cabuyaro y [illegible] parte de estas [illegible] servicio público [illegible] de a [illegible]

Que mediante [illegible]

Que la Empresa [illegible] con [illegible] 2013 [illegible] Municipal [illegible] 22 de [illegible]

Que [illegible]

Que la [illegible]

Que [illegible]

RESOLUCIÓN No. 0229 DEL 10 JUN. 2016 HOJA No. 1

"Por la cual se decide sobre la solicitud de habilitación en el servicio Público de Transporte Terrestre Automotor Especial presentada por la Empresa de Transporte TRANS AMARU S.A.S. identificada con NIT 900888403-8"

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO. Conceder la habilitación y la autorización para la prestación del Servicio Público de Transporte Terrestre Automotor Especial a la Empresa TRANS AMARU S.A.S. identificada con NIT 900888403-8 en el Servicio Público de Transporte Terrestre Automotor Especial con las siguientes características:

RAZÓN SOCIAL	TRANS AMARU S.A.S
NIT	900888403-8
DOMICILIO	VILLAVICENCIO - META
DIRECCIÓN	Manzana A Casa 7, Conjunto Ronda de la Manga Etapa 1, Villavicencio
TELÉFONO	3144427172
CORREO ELECTRÓNICO	transamaru@hotmail.com
RADIO DE ACCIÓN	Nacional
TIPO DE VEHÍCULO	Los establecidos para el servicio
CATEGORÍA	SAGA 2330 AKS 4x2
VIGENCIA	Indefinida, mientras subsistan las condiciones exigidas para su otorgamiento

ARTÍCULO SEGUNDO. Esta habilitación es intransferible a cualquier título. La transferencia de la propiedad de los vehículos vinculados a la misma no implica bajo ningún concepto la cesión de la habilitación, la cual solo podrá ser cedida mediante el procedimiento previsto en la ley 336 Artículo 12.

ARTÍCULO TERCERO. Vehículos autorizados para la prestación del servicio:

Razón Social	Nit	Ciudad	Dirección
TRANS AMARU S.A.S.	900888403-8	VILLAVICENCIO - META	Manzana A Casa 7, Conjunto Ronda de la Manga Etapa 1, Villavicencio

ARTÍCULO CUARTO. Contra el presente Acto Administrativo procede el Recurso de Reposición ante este despacho y el de Apelación ante la Superintendencia de Transporte, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a su notificación.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Villavicencio - Meta, a los 10 JUN. 2016

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 86.047.049

CARDOZO CARDENAS

ALEXANDER

COL 1.63 M

05 JUL 1875 AB+

VILLAVICENCIO (META)

30 JUL 1993, VILLAVICENCIO

09 AGO 2033

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL0287766600520001<<<<<<<<<<
7507058M3308095COL86047049<<<6
CARDOZO<CARDENAS<<ALEXANDER<<<

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 96047049

ALEJANDER CARDOZO CARDENAS

05-07-1975

AB+

01-09-2024

ESTA TTOyTTE MCPAL VILLAVICENCIO



CATEGORIAS AUTORIZADAS			
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	01-09-2024	PARTICULAR
B2	AUTOMOVIL, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y DUO	01-09-2024	PARTICULAR
C2	AUTOMOVIL, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMION, BUSETA Y DUO	01-09-2027	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC02006270563

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

TARJETA DE OPERACIÓN

No.489326

DATOS VEHÍCULO

No. DE PLACA:	SKL566	**AÑO MODELO:**	2005
CLASE DE VEHÍCULO:	MICROBUS	**MARCA:**	KIA
TIPO DE CARROCERIA:	CERRADA	**COMBUSTIBLE:**	DIESEL
CAPACIDAD DE PASAJEROS:	**SENTADOS:** 16	**DE PIE:**	
CARGA:		**MODALIDAD DE SERVICIO:**	ESPECIAL
LÍNEA:	PREGIO GRAND GS		
NIVEL DE SERVICIO:			
RADIO DE ACCIÓN:	NACIONAL		

DATOS EMPRESA

RAZÓN SOCIAL EMPRESA:	TRANS AMARU SAS
NIT:	900888633
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:	Calle 6 No 30A-28 B Rosalinda Vcio-Meta
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO
FECHA DE EXPEDICIÓN:	22-04-2025
VIGENCIA:	**DESDE:** 06-05-2025 **HASTA:** 06-05-2027
AUTORIDAD QUE EXPIDE:	DIRECCION TERRITORIAL META

FIRMA DEL FUNCIONARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10010857891

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
SKL566	KIA	PREGIO GRAND GS	2006

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
2.956	BLANCO CLARO	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD KG/PSJ
MICROBUS	CERRADA	DIESEL	16

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
J3536590	N	******

NUMERO DE SERIE	REG	NUMERO DE CHASIS	REG
KNHTS732257153301	N	KNHTS732257153301	N

PROPIETARIO: APELLIDOS Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
GUEVARA RAMIREZ ANA MATILDE	C.C. 20441243

RUNDAJE	POTENCIA HP
******	0

DECLARACION I.L. IMPORTACIÓN	R	FECHA IMPORT.	PUERTAS
01160003638616	I	31/03/2004	3

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRICULA	FECHA EXP. LIC. TTO	FECHA ATENDIMIENTO
15/06/2004	11/12/2015	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEY MOV CUNDIZIPAQUIRA

LT01006318595

SOAT

FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL			HASTA LAS 23:59 HORAS DEL		
2025 1 30	2025	1	31	2026	1	30

No. DE PÓLIZA	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/CMTOS	MODELO
90432457 - 611314824	SKL566	S. PUB. INTERMUNICIPAL	PUBLICO	2956	2005

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
16	KIA	CERRADA

LÍNEA VEHÍCULO	No. MOTOR	No. CHAS. o No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON
PREGIOGRANDGS	JT638590	KNHTS732257155301	NA	0,00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD DE RESIDENCIA TOMADOR
ANA GUEVARA RAMIREZ	3144554947	CC	20441243	CAJICA

CÓDIGO DE ASEGURADORA	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLASE PRODUCTOS	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
1317	14	13158	90432457	11001

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FÍSICA	TASA RUNT
92	$ 602.400	$ 313.200	$ 2.100

TOTAL A PAGAR

$ 917.700

FIRMA AUTORIZADA

AMPAROS POR VÍCTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[1] 701,68[2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	HASTA 180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes exclusiones básicas:

- El conductor puede adquirir el SOAT [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]

En caso de accidente de tránsito:

- [illegible]
- [illegible]

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos

[illegible]

Datos personales

[illegible]

Topes de cobertura gastos médicos

[illegible]

Bogota, 22 de Abril de 2025

CERTIFICACIÒN DE COBERTURA

Que los senores **TRANSPORTES AMARU SAS** con NIT **900.888.633-8**, tienen contratadas con contratadas con **SBS SEGUROS COLOMBIA S.A las** polizas de Responsabilidad Civil contractual No. 1000498 con vigencia desde el 12 de Abril de 2025 al 12 de Abril 2026 y Responsabilidad Civil extracontractual No. 1001222 con vigencia desde el 12 de Abril 2025 de 2024 al 12 de abril de 2026.

Esta poliza tiene por objeto cubrir los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que cause el asegurado con motivo de la responsabilidad civil extracontractual, que legalmente le sea imputada y originada de forma directa por el vehiculo asegurado, en un hecho accidental, subito e imprevisto que haya ocasionado daño a pasajeros, bienes de terceros, lesiones y/o muerte de terceros, relacionado con la actividad de Transporte de Pasajeros.

RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL PARA

VEHICULOS COBERTURAS BASICAS

Daños a bienes de terceros.
Lesiones o Muerte de un tercero.
Lesiones o Muerte de dos o mas terceros.

EXTENSIÒN DE LAS COBERTURAS

Incluidas dentro del limite asegurado y hasta el 100% del mismo.
Amparo Patrimonial
Asistencia Juridica (Penal y Civil)
Asistencia Juridica Preliminar

LIMITE ASEGURADO

Responsabilidad Civil Extracontractual **PRIMARIA**

Daños a bienes de terceros 150
SMMLV Lesiones o Muerte de un tercero 150
SMMLV Lesiones o Muerte de dos o mas terceros
300 SMMLV

RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL

COBERTURAS BASICAS:

Muerte accidental.
Incapacidad Total Temporal.
Incapacidad Total y Permanente.
Gastos Medicos, Quirurgicos y Hospitalarios.

SBS SEGUROS COLOMBIA S.A.
COMPAÑIA DE SEGUROS

Usted cuenta con la protección del Defensor del Consumidor Financiero

Defensor del Consumidor Financiero Principal:
José Guillermo Peña González
Defensor del Consumidor Financiero Suplente:
Oscar Alejandro Pinzón Hernández
Horario de Atención: [illegible]
E-mail: [illegible]
Dirección: [illegible]
Teléfonos: [illegible]
Teléfono Celular: [illegible]
Página Web: [illegible]

EXCLUSIONES

Las consignadas en las condiciones generales de la poliza y las pactadas en las condiciones particulares de la misma.

NOTA

Bajo el seguro de Responsabilidad Civil Extracontractual se amparan los danos a bienes de terceros y la muerte y/o lesiones a personas que sean consideradas terceras frente a **TRANSPORTES AMARU SAS.**

Bajo las condiciones en mencion se encuentran incluidos todos los vehiculos vigentes a la fecha en las polizas y bajo estas mismas condiciones se incluiran los vehiculos requeridos en el transcurso de la vigencia.

Cordialmente,

Luisa Moya E

SBS SEGUROS COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 181524621

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA CARLLANOS VILLAVICENCIO

NIT: 900633942

No. de Certificado de Acreditación: 15-OIN-007-001

Fecha de expedición: 2025/06/03

Fecha de vencimiento: 2026/06/03

DATOS VEHÍCULO

PLACA: SKL566

CLASE: MICROBUS

MARCA: KIA

MODELO: 2005

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 2956

NRO. MOTOR: JT538590

NRO. CHASIS: KNHTS732257155301

VIN:

LÍNEA: PREGIO GRAND GS

COLOR: BLANCO CLARO

NOMBRE PROPIETARIO: ANA M. GUEVARA R.

FIRMA DEL RESPONSABLE

RUBERT FERNANDO BELTRAN ACOSTA

SKI 666

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 11407805

NOMBRES

OLIVERIO GOMEZ VELASQUEZ

FECHA DE NACIMIENTO
17-01-1967

GRUPO SANGUÍNEO
A+

FECHA DE EXPEDICIÓN
24-01-2024

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR
CONDUCIR CON LENTES



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA TTO y TTE MCPAL VILLAVICENCIO

CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	24-01-2029	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	24-01-2029	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC02006101966

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029892850

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
UFW393	KIA	PREGIO	2009

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
2,957	BLANCO	PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
MICROBUS	CERRADA	DIESEL	19

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
JT586850	N	******

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
8LDTS73229E004535	N	8LDTS73229E004535	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) — IDENTIFICACIÓN

SUAREZ HERNANDEZ BLANCA EXIMILDA Y OTRO(S) C.C. 52486431

RESTRICCIÓN MOVILIDAD	BLINDAJE	POTENCIA HP
	******	0

DECLARACION DE IMPORTACIÓN	NE	FECHA IMPORT	PUERTAS
	I		4

LIMITACION A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA	FECHA EXP. LIC. TTO.	FECHA VENCIMIENTO
22/10/2009	30/08/2023	******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTEYMOV CUND/LA CALERA

LT07002644893

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 181541887

DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA CARLLANOS VILLAVICENCIO

NIT: 900633942

No. de Certificado de Acreditación: 15-OIN-007-001

Fecha de expedición: 2025/06/04

Fecha de vencimiento: 2026/06/04

DATOS VEHÍCULO

PLACA: UFW393

CLASE: MICROBUS

MARCA: KIA

MODELO: 2009

SERVICIO: Público

COMBUSTIBLE: DIESEL

CILINDRAJE: 2957

NRO. MOTOR: JT586850

NRO. CHASIS: 8L0TS73229E004535

VIN:

LÍNEA: PREGIO

COLOR: BLANCO

NOMBRE PROPIETARIO: OLIVERIO GOMEZ V.

FIRMA DEL RESPONSABLE

RUBERT FERNANDO BELTRAN ACOSTA

2025 6 3 2025 6 4 2025 6 3

91015634 - 612249297	UFW393	SUB INTERMUNICIPAL	PUBLICO	2957	2009

KIA

19 PREGIO

CERRADA

J7536830	8L0T5T3229E004322	NA	G4J

OLIVERIO GOMEZ VELASQUEZ	3142969293	CC	71407805	CHOCONTA

1517	12	90000547	91015634

92 $ 602.400	$ 313.200	$ 2.100	

$ 917.700

263,13[1]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
701,68[1]	
8,77[2]	
180[3]	SALARIOS MINIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
750[3]	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

TARJETA DE OPERACIÓN

No.475161

DATOS VEHÍCULO

No. DE PLACA:	UFW393	**AÑO MODELO:**	2009
CLASE DE VEHÍCULO:	MICROBUS	**MARCA:**	KIA
TIPO DE CARROCERIA:	CERRADA	**COMBUSTIBLE:**	DIESEL
CAPACIDAD DE PASAJEROS:	**SENTADOS:** 19	**DE PIE:**	
CARGA:		**MODALIDAD DE SERVICIO:**	ESPECIAL
LÍNEA:	PREGIO		
NIVEL DE SERVICIO:			
RADIO DE ACCIÓN:	NACIONAL		

DATOS EMPRESA

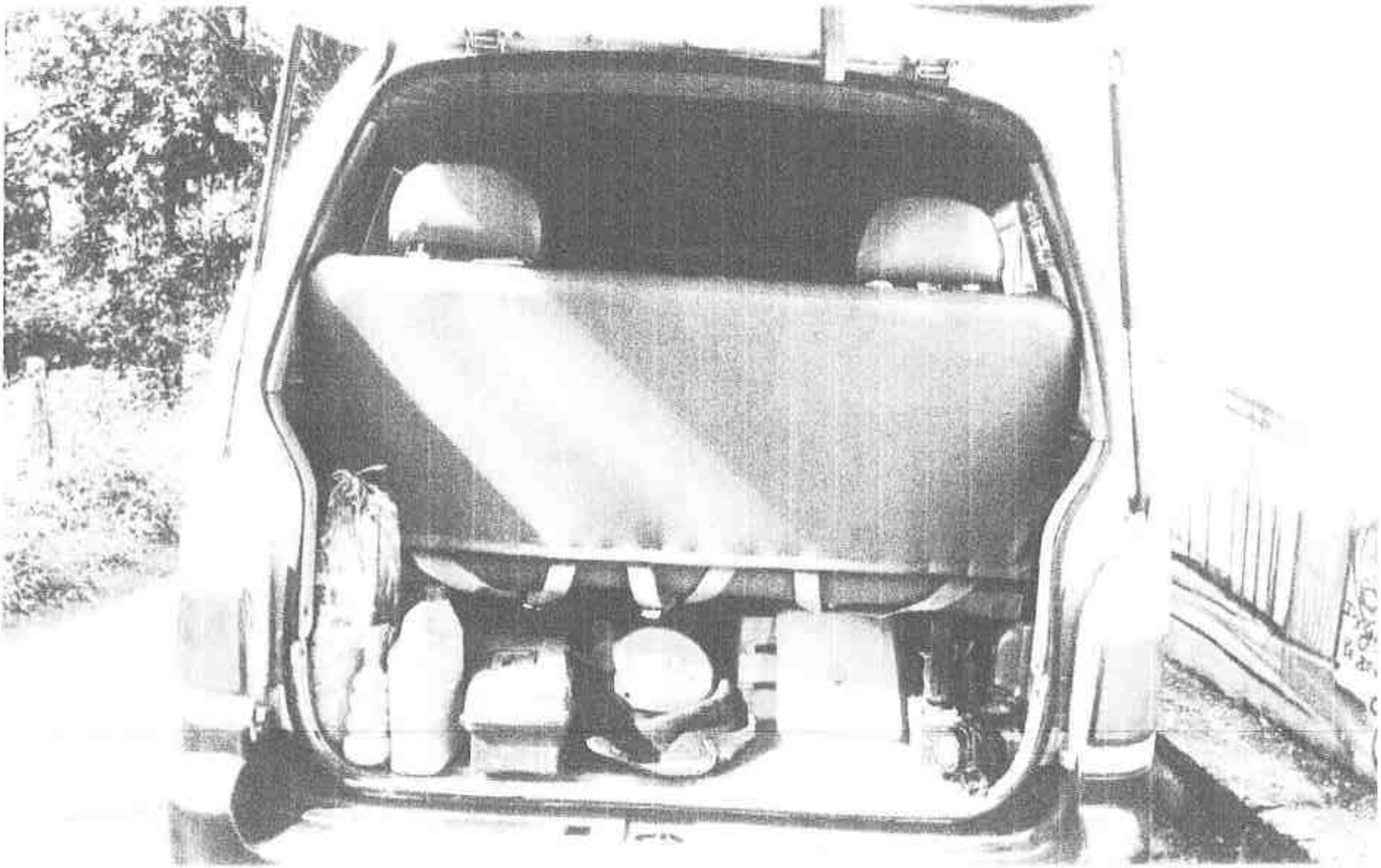
RAZÓN SOCIAL EMPRESA:	TRANS AMARU SAS
NIT:	900888633
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA:	Calle 6 No 30A-28 B Rosalinda Vcio-Meta
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO
FECHA DE EXPEDICIÓN:	07-02-2025
VIGENCIA:	**DESDE:** 07-02-2025 **HASTA:** 07-02-2027
AUTORIDAD QUE EXPIDE:	DIRECCION TERRITORIAL META

FIRMA DEL FUNCIONARIO

Generado RUNT S.A.S. | NIT 900888633 | Colombia | Línea de atención nacional 01 8000 930000 | www.runt.com.co


UFW393
043


KIA
UFW 393



JORGE IVAN JUNCA DIAZ

CEL: 3125826483





Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRANSITO No. 10027157350

PLACA
SMO138

MARCA
GOLDEN DRAGON

LINEA
XML6532E5

MODELO
2009

CILINDRADA CC
2500

COLOR
BLANCO

SERVICIO
PUBLICO

CLASE DE VEHICULO
BUSETA

TIPO CARROCERIA
CERRADA

COMBUSTIBLE
DIESEL

CAPACIDAD KPC
18

NUMERO MOTOR
E491.A00629

REG
N

VIN

NUMERO DE SERIE
X25E4SC19A704770

REG
N

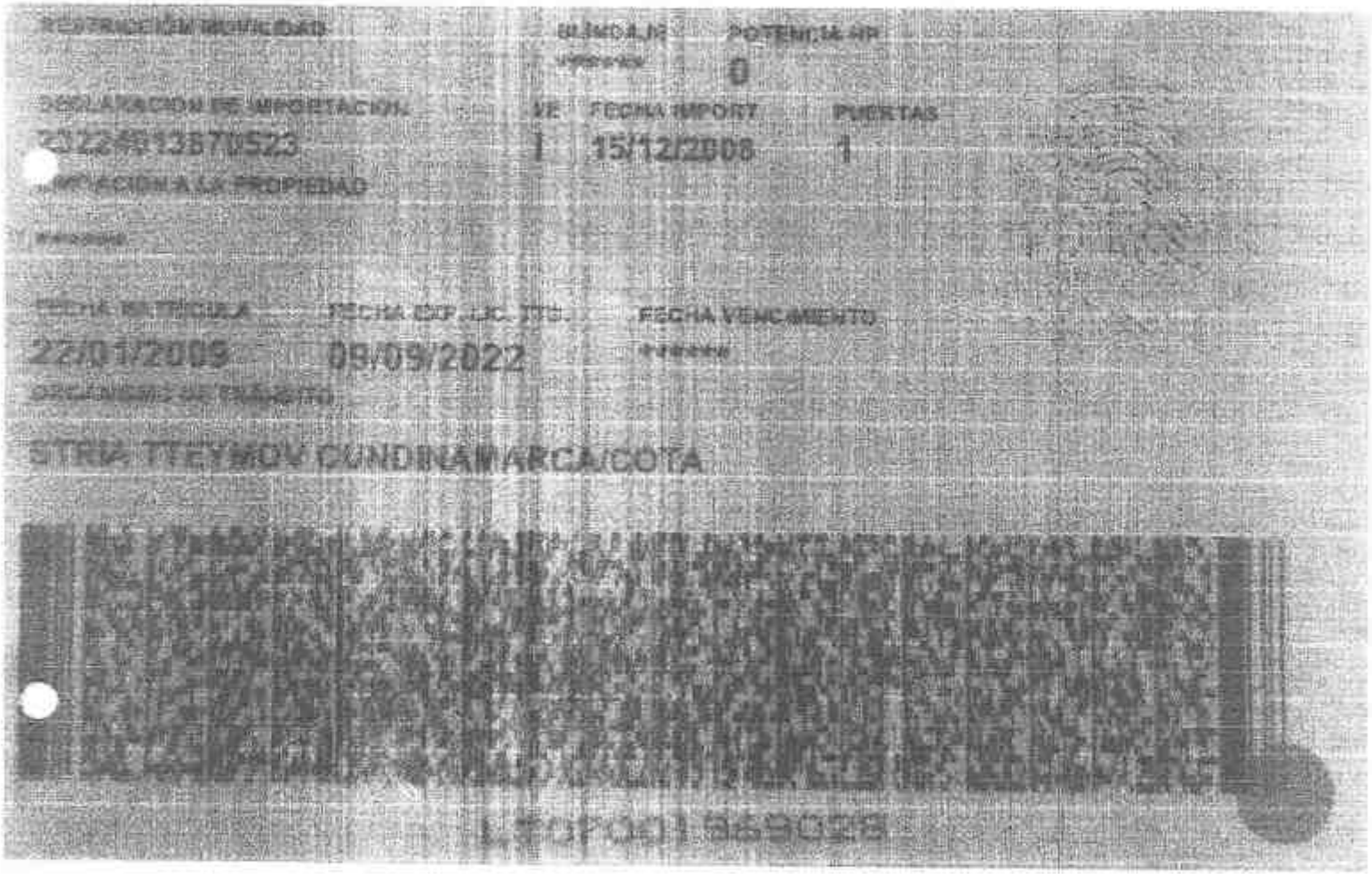
NUMERO DE CHASIS
LEZRNADC19A704770

REG
N

PROPIETARIO APELLIDOS Y NOMBRES
HERNANDEZ REY LUIS MARCELA

IDENTIFICACION
C.C. 1122645911

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 86072076

ad y Orden

BRE

RGE IVAN JUNCA DIAZ

HA DE NACIMIENTO

26-05-1982

SANGRE-RH

A+



HA DE EXPEDICIÓN

31-01-2025

TRICCIONES DEL CONDUCTOR

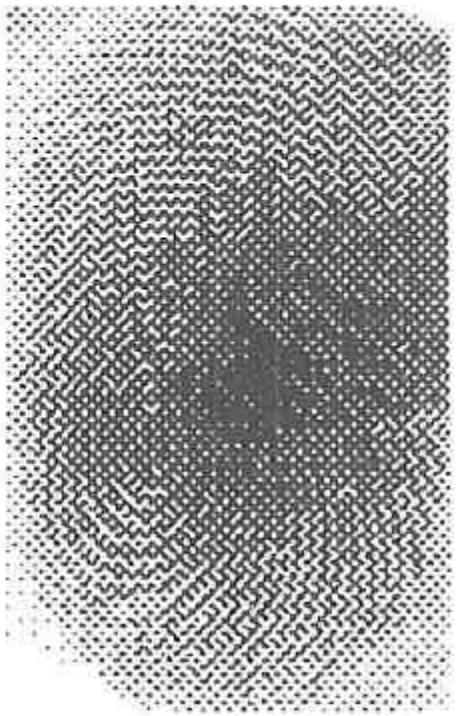
NDUCIR CON LENTES

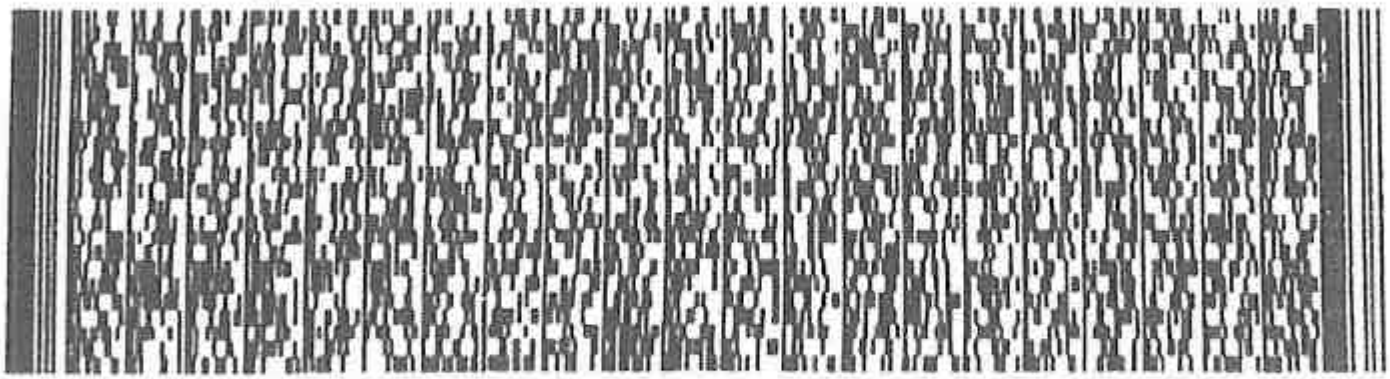
ANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

RIA TTOyTTE MCPAL VILLAVICENCIO

CATEGORIAS AUTORIZADAS

GORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	17-01-2034	PARTICULAR
3	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA, BUS Y ARTICULADO.	31-01-2035	PARTICULAR
3	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA, BUS Y ARTICULADO.	31-01-2028	PUBLICO





ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC10000165160

Consulta Automotores

Imprimir esta consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO	SMO138		
NRO. DE LICENCIA DE TRANSITO	10027157350	ESTADO DEL VEHICULO	ACTIVO
TIPO DE VEHICULO	Público	CLASE DE VEHICULO	MICROBUS

Información general del vehículo

MARCA	GOLDEN DRAGON	LINEA	XML6532E3
MODELO	2008	COLOR	BLANCO
NUMERO DE SERIE	LFZB8ADC19A704773	NUMERO DE MOTOR	FGULA800286
NUMERO DE CHASIS	LFZB8ADC19A704773	NUMERO DE VIN	
CILINDRAJE	2500	TIPO DE CARROCERIA	CERRADA
TIPO COMBUSTIBLE	DIESEL	FECHA DE MATRICULA INICIAL (CUNDINAMARCA)	23/01/2009
CAPACIDAD PASAJEROS	STRIA TYCyMTV CUNDINAMARCA/COTA	ORGANISMO DE TRANSITO	NO
CAPACIDAD KILOS	NO	REPOTENCIADO	NO
REGRABACION MOTOR (SINO)	NO	NRO. REGRABACION MOTOR	
REGRABACION CHASIS (SINO)	NO	NRO. REGRABACION CHASIS	
REGRABACION VIN (SINO)	NO	NRO. REGRABACION VIN	
REPOTENCIACION (SINO)	NO	NRO. REPOTENCIACION	
VERIFICACION CHASIS (SINO)	NO	PUESTOS	1

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aqui

(Esta / www.rnat.gov.co/tramites-y-servicios/historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

Polizas SOAT

Numero de poliza	Fecha expedicion	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Codigo Unico	Entidad expide SOAT	Estado
2080702000	04/01/2024	31/01/2024	30/01/2025	930	AXA COLPATRIA SEGUROS SA	VIGENTE
31401/5441	06/01/2023	31/01/2023	30/01/2024	930	AXA COLPATRIA SEGUROS SA	NO VIGENTE
62215284	29/01/2022	31/01/2022	30/01/2023	930	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A	NO VIGENTE
7319947	30/11/2020	01/12/2020	30/11/2021	930	COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A	NO VIGENTE
1760010001020	24/07/2019	30/07/2019	29/07/2020	930	MUNDIAL DEL ESTADO S.A.	NO VIGENTE

Polizas de Responsabilidad Civil

Numero de poliza	Fecha expedicion	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Entidad que expide	Tipo de poliza	Estado	Detalle
1205700122	12/04/2024	12/04/2024	12/04/2025	SBS SEGUROS COLOMBIA S.A.	Responsabilidad Civil Extracontractual	VIGENTE	Detalle
1210000649	12/04/2024	12/04/2024	12/04/2025	SBS SEGUROS COLOMBIA S.A.	Responsabilidad Civil Contractual	VIGENTE	Detalle
AA205620	03/02/2021	05/02/2021	12/04/2021	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	Responsabilidad Civil Extracontractual	INACTIVA	Detalle
AA205684	03/03/2021	05/03/2021	12/04/2021	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	Responsabilidad Civil Contractual	INACTIVA	Detalle
AA205626	27/01/2021	29/01/2021	12/04/2021	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	Responsabilidad Civil Extracontractual	CANCELADA	Detalle
AA205656	27/01/2021	29/01/2021	12/04/2021	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	Responsabilidad Civil Contractual	CANCELADA	Detalle
1205700122	12/04/2023	12/04/2023	12/04/2024	SBS SEGUROS COLOMBIA S.A.	Responsabilidad Civil Extracontractual	INACTIVA	Detalle
1210000649	12/04/2023	12/04/2023	12/04/2024	SBS SEGUROS COLOMBIA S.A.	Responsabilidad Civil Contractual	INACTIVA	Detalle
1205700122	12/04/2022	12/04/2022	12/04/2023	SBS SEGUROS COLOMBIA S.A.	Responsabilidad Civil Extracontractual	INACTIVA	Detalle
1210000649	12/04/2022	12/04/2022	12/04/2023	SBS SEGUROS COLOMBIA S.A.	Responsabilidad Civil Contractual	INACTIVA	Detalle
1205700122	12/04/2021	12/04/2021	12/04/2022	SBS SEGUROS COLOMBIA S.A.	Responsabilidad Civil Extracontractual	INACTIVA	Detalle
1210000649	12/04/2021	12/04/2021	12/04/2022	SBS SEGUROS COLOMBIA S.A.	Responsabilidad Civil Contractual	INACTIVA	Detalle
AA205570	31/12/2019	31/12/2019	12/04/2020	LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO	Responsabilidad Civil Extracontractual	INACTIVA	Detalle

Certificado de revisión técnico mecánico y de emisiones contaminantes (RTM)

Tipo Revisión	Fecha Expedición	Fecha Vigencia	CDA revisó RTM	Vigente	Nro. certificado	Información consistente	Acciones
REVISION TECNICOMECANICO	[redacted]	[redacted]	CDA CARLLANOS VILLAVICENCIO	NO	[redacted]	SI	
REVISION TECNICOMECANICO	[redacted]	[redacted]	CDA CARLLANOS VILLAVICENCIO	NO	[redacted]	SI	
REVISION TECNICOMECANICO	[redacted]	[redacted]	CDA CARLLANOS VILLAVICENCIO	NO	[redacted]	SI	
REVISION TECNICOMECANICO	[redacted]	[redacted]	CENTRO DE DIAGNOSTICO AUTOMOTOR TT CADIPENTE S.A.S	NO	[redacted]	SI	
REVISION TECNICOMECANICO	[redacted]	[redacted]	CENTRO DE DIAGNOSTICO AUTOMOTOR TECNOCAR	NO	[redacted]	SI	

Certificados de revisión técnico Ambiental y de Emisiones

Tipo de vehículo registrado en el RUNT

Solicitudes

Información Vehicular

Certificado de revisión de la CDAN

Certificado de diagnóstico Gases

Certificado de Homologación Funcionales y Pólizas de Garantía

Tarjeta de Operación

[redacted]	TRANS AMARU SAS		
RADIO DE ACCIÓN	NACIONAL	[redacted]	PASAJEROS
MODALIDAD DE SERVICIO	ESPECIAL	[redacted]	377905
[redacted]	[redacted] 25/07/2022	[redacted]	[redacted] 24/07/2023
[redacted]	[redacted] 25/07/2025	[redacted]	TARJETA DE OPERACION ACTIVA

Limitaciones a la Propiedad

- Garantías a Favor De:
- ✓ Garantías Mobiliarias (Registro de la garantía en el RMGM por parte de RUNT / Registro del levantamiento / cruce del RMGM en la RUNT)

Autorización de registro inicial vehículo nuevo de carga

Autorización de registro inicial vehículo nuevo de carga ENVG (15%)

Normalización y Salvamento

- Vehículo a desintegrar con procesos de normalización

Permisos de circulación restringida (PCR)

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

RUNT

CERTIFICADO DE REVISIÓN TECNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

DATOS CENTRO DIAGNOSTICO

Entidad que expide el certificado: CDA CARROCOLOMBIA

NIT: [illegible] **No. de Certificado de Acreditación:** 15 OPV 007 001

Fecha de expedición: 2025/09/14 **Fecha de vencimiento:** 2026/09/14

DATOS VEHÍCULO

PLACA:	SMO138	**CLASE:**	MICROBUS
MARCA:	GOLDEN DRAGON	**MODELO:**	2009
SERVICIO:	PUBLICO	**COMBUSTIBLE:**	DIESEL
CILINDRAJE:	2500	**NRO. MOTOR:**	F60LA800269
NRO. CHASIS:	LEZ6BADC19A704770	**VIN:**	
LÍNEA:	XML6532E5		
COLOR:	BLANCO		

NOMBRE PROPIETARIO: LEIDY M. HERNANDEZ R.

FIRMA DEL RESPONSABLE

RUBERT FERNANDO BELTRAN ACOSTA

Estado de cuenta

Consulta tus comparendos, multas y sanciones aquí

SIMIT ES

No tienes comparendos ni multas registradas en Simit

Revisa con la placa, cédula, [illegible] y [illegible] si tienes obligaciones pendientes de pago

Federación Colombiana de Municipios
Dirección Nacional Simit

Sede Principal: [illegible]

Sede Administrativa y Financiera: [illegible]

Código postal: [illegible]

Horario de atención: [illegible]

PBX: [illegible]

Correo electrónico: [illegible]

[illegible]

NIT: [illegible]

Recibos de correspondencia

Dirección: [illegible]

Horario de atención: [illegible]

Notificaciones Judiciales

[illegible]

PQRSD

[illegible]

Síguenos en

Contáctanos

[illegible]

[illegible]

RUNT

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuniquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:

SMO138

NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:

10027157350

ESTADO DEL VEHÍCULO:

ACTIVO

TIPO DE SERVICIO:

Público

CLASE DE VEHÍCULO:

MICROBUS

Información general del vehículo

MARCA:

GOLDEN DRAGON

LÍNEA:

XML6532E5

MODELO:

2009

REPOTENCIADO

NO

REGRABACION MOTOR (SI/NO)

[illegible]

[illegible]

NO

NRO. REGRABACION MOTOR

REGRABACION CHASIS (SI/NO)

NO

NRO. REGRABACIÓN CHASIS

REGRABACION SERIE (SI/NO)

NO

NRO. REGRABACIÓN SERIE

REGRABACION VIN (SI/NO)

NO

NRO. REGRABACION VIN

VEHICULO ENSEÑANZA (SI/NO)

NO

PUERTAS

1

COLOR:

BLANCO

NÚMERO DE SERIE:

LFZBBADC19A704770

NÚMERO DE MOTOR:

F60LA800269

NÚMERO DE CHASIS:

LFZBBADC19A704770

NÚMERO DE VIN:

CILINDRAJE:

2500

TIPO DE CARROCERÍA:

CERRADA

TIPO COMBUSTIBLE:

DIESEL

FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):

22/01/2009

AUTORIDAD DE TRÁNSITO:

STRIA TTEyMOV CUNDINAMARCA/COTA

GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:

NO

CLÁSICO O ANTIGUO:

NO

REPOTENCIADO:

NO

REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):

9:01 ᗺ 74%

ShellPublico
o.runt.gov.co

RUNTPRO Transporte

Póliza SOAT

Póliza SOAT

Número de póliza:
3341286000

Fecha expedición:
02/01/2025

Fecha inicio de vigencia: 31/01/2025

Fecha fin de vigencia:
30/01/2026

Entidad expide SOAT:
AXA COLPATRIA SEGUROS SA

Código tarifa: 920

Estado: VIGENTE

9:02 74%

ShellPublico
o.runt.gov.co

RUNTPRO

Pólizas de Responsabilidad Civil

Número de póliza:
13061001222

Fecha de expedición:
12/04/2024

Fecha inicio de vigencia:
12/04/2025

Fecha fin de vigencia:
12/04/2026

Entidad que expide: SBS SEGUROS COLOMBIA S.A.

Tipo de póliza:
Responsabilidad Civil Extracontractual

Estado: VIGENTE

9:02 74%

ShellPublico
o.runt.gov.co

RUNTPRO

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

REVISION TECNICO-MECANICO

Fecha Expedición:
14/09/2025

Fecha Vigencia:
14/09/2026

CDA expide RTM: CDA CARLLANOS VILLAVICENCIO

Vigente: SI

Nro. certificado:
183928809

Información consistente:
SI

9:03 ∞ Vo LTE 74%

ShellPublico
o.runt.gov.co

RUNTPRO

Solicitud 276302707

Fecha de Solicitud: 14/09/2025

Estado: APROBADA

Trámites Realizados: Tramite revision tecnico mecanica,

Entidad: CDA CARLLANOS VILLAVICENCIO

Solicitud 270067037

Fecha de Solicitud: 21/06/2025

Estado: APROBADA

Trámites Realizados: RENOVACIÓN DE TARJETA DE OPERACIÓN,

Entidad: DIRECCION TERRITORIAL META

9:04 ∞ Vo LTE 74%

ShellPublico
o.runt.gov.co

RUNTPRO

Tarjeta de Operacion

Empresa Afiliadora:
TRANS AMARU SAS

Radio de Acción:
NACIONAL

Modalidad de Transporte:
PASAJEROS

Modalidad de Servicio:
ESPECIAL

Nro. Tarjeta de Operación: 501442

Fecha de Expedición:

26/06/2025

Fecha Inicio de Vigencia:
27/07/2025

Fecha Fin de Vigencia:

27/07/2027

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación

Cédula de ciudadanía - NUIP

Número Identificación

86072076

Dígito de Verificación

8

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) JORGE IVAN JUNCA DIAZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 86072076.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a) la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: Sábado, noviembre 14, 2020 a las 10:59:58

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las providencias ejecutoriadas proferidas por el titular de la sanción disciplinaria, en cumplimiento de las órdenes impuestas por autoridad competente y las autorizadas por ordenamiento Constitucional, Político y de Ley en Colombia.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuran en el certificado ordinario, más las inhabilidades intemporales previstas en la ley para ejercer cargos de la administración pública, salvo para los casos de homonimia.

DATOS PERSONALES: si los nombres con aparecen en la consulta del certificado son incorrectos, por favor diríjase a la REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, la cual es la entidad que tiene a cargo el registro de los datos básicos de identificación de las personas. Mayor información en http://www.registraduria.gov.co

Para dar este documento notarial Apostille Rápido, Ya no hay trámites, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013 Procuraduría General de la Nación - Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CISCO Digital Business
V 1.0.1

FEDERACION COLOMBIANA DE MUNICIPIOS | simit

PAZ Y SALVO

Cédula: **86072076**

Fecha de expedición: 16/11/2024

Te informamos que actualmente no tienes multas e infracciones pendientes de pago en los Organismos de Tránsito conectados a SIMIT.

Este documento fue expedido el 16 de noviembre de 2024 a las 10:57 a m. **es de carácter gratuito** y es valido durante la fecha de expedición. Además, no aplica como documento para realizar pagos, es solo una consulta del estado de cuenta.

La información consignada en el sistema es generada y reportada por los organismos de tránsito.
Federación Colombiana de Municipios | Consorcio Simit / Cuipux


SM0138

ANEXO 6:

LISTADO DE ASISTENCIA – TRANSPORTE

	CONTRATO GOBERNACIÓN DEL META	META
	LISTA DE ASISTENCIA TRANSPORTE	

GRUPO 1 MAÑANA																												
No.	APELLIDOS	NOMBRES	NOVIEMBRE											DICIEMBRE														
			18	19	20	21	22	24	25	26	27	28	29	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	15	16	17
1	BERNAL BETANCOURT	MARTIN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
2	CHAPARRO LEAL	YEFERSON STEVEN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
3	GARCIA QUIROGA	PAULA ANDREA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
4	GARCIA ROZO	ANGEL DAVID	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
5	MARTINEZ CASTILLO	ENOC	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
6	MEDINA ORTIZ	DYLAN MATIAS	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
7	RETAMOZO GUTIERREZ	ELIHU MARTIN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
8	SOLANO MELO	JUSSEPH CAMILO	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

F	
A	

COORDINADOR DE TRANSPORTE

	CONTRATO GOBERNACIÓN DEL META	META
	LISTA DE ASISTENCIA TRANSPORTE	

GRUPO 2 MAÑANA																											
No.	NOMBRES	APELLIDOS	NOVIEMBRE										DICIEMBRE														
			18	19	20	21	22	24	25	26	27	28	29	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	15	16	17
1	BUENO SILVA	CLAUDIA BEATRIZ	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
2	GUZMAN BARRIOS	SANTIAGO	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
3	PARRA	EDISON ANDRES	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
4	PEDRAZA	LUIS EDUARDO	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
5	PULIDO LEON	LUIS SANTIAGO	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
6	RUEDA CRAVO	SARA EDITH	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
7	SAAVEDRA TORRES	CARLOS ANDRES	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
8	VARGAS AHUMADA	JAVIER IVAN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

F	
A	

COORDINADOR DE TRANSPORTE

	CONTRATO GOBERNACIÓN DEL META	META
	LISTA DE ASISTENCIA TRASNPORTE	

GRUPO 1 TARDE																											
No.	APELLIDOS	NOMBRES	NOVIEMBRE											DICIEMBRE													
			18	19	20	21	22	24	25	26	27	28	29	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	15	16	17
1	AVILA GOMEZ	JESUS ESTIVEN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
2	CASTAÑEDA ROA	LUISA FERNANDA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
3	CARRERA LADINO	JUAN MIGUEL	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
4	CUBILLOS LINARES	EDILSON NEYMAR	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
5	DIAZ ACOSTA	JUAN CAMILO	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
6	LUNA MONSALVE	RUSSEL DAVID	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
7	MUÑOZ DELGADO	AARON	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
8	MURCIA MATEUS	EILYN CAROLINA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
9	PEÑA GARCIA	JOHAN SEBASTIAN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
10	REYES VELASQUEZ	RAFAEL	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
11	VELA MATEUS	YULY NATALIA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
12	VELASQUEZ BARRAGAN	DANIEL RICARDO	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

F	
A	

COORDINADOR DE TRANSPORTE

	CONTRATO GOBERNACIÓN DEL META	META
	LISTA DE ASISTENCIA TRANSPORTE	

GRUPO 2 TARDE

No.			NOVIEMBRE											DICIEMBRE														
			18	19	20	21	22	24	25	26	27	28	29	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	15	16	17
1	BENAVIDEZ HERNANEZ	BRAYAN ALEXANDER	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
2	BOBADILA AVILA	MARIANA YISELA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
3	CARVAJAL SALAZAR	ANGIE CRISTINA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
4	GUALTEROS CACERES	XIOMARA PAULINA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
5	MURCIA RIVEROS	ANGELO DAVID	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
6	OSPINA PRIETO	JULIAN DAVID	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
7	PARRADO CASTRO	SAMUEL FELIPE	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
8	PULIDO TOVAR	STEPHANI	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
9	RIOS CASALLAS	DANIEL	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
10	VARGAS VIANCHA	SANDRA LIZETH	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
11	VERGARA TORO	PAULA ANDREA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

F	
A	

COORDINADOR DE TRANSPORTE

	CONTRATO GOBERNACIÓN DEL META	META
	LISTA DE ASISTENCIA TRANSPORTE	

GRUPO 3 MAÑANA																											
No.	APELLIDOS	NOMBRES	NOVIEMBRE											DICIEMBRE													
			18	19	20	21	22	24	25	26	27	28	29	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	15	16	17
1	GARCIA DIAZ	ANA MARIA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
2	ORTIZ TEJADA	PABLO ENRIQUE	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
3	PACHECO ROMERO	SEBASTIAN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
4	PEREZ ORTEGA	ANDRES RICARDO	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
5	ROMERO PEDRAZA	JORGE SEBASTIAN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
6	TIRADO MENDEZ	MARYELIN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
7	VELASQUEZ ARDILA	OMAR SNEIDER	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

F	
A	

COORDINADOR DE TRANSPORTE

	CONTRATO GOBERNACIÓN DEL META	META
	LISTA DE ASISTENCIA TRANSPORTE	

GRUPO 3 TARDE																												
No.	APELLIDOS	NOMBRES	NOVIEMBRE											DICIEMBRE														
			18	19	20	21	22	24	25	26	27	28	29	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	15	16	17
1	ALARCON FLORES	HERIT ANDRES	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
2	CASTRILLON MUÑOZ	JUAN MANUEL	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
3	CRISTANCHO CAMPO	EDGAR IVAN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
4	DAZA REINA	JOSE FERNANDO	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
5	GOMEZ RODRIGUEZ	DEISY MILADY	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
6	MEDINA HERNANDEZ	RAFAEL ENRIQUE	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
7	OVIEDO JIMENEZ	MICHAEL ESLEY	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
8	PALACIOS BORJA	EDWARD STEVEN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
9	PALACIOS BORJA	DEIVID STIV	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
10	ROCHA AREVALO	JOSE MANUEL	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
11	ROZO FIERRO	MAUREN SOFIA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
12	SIMMONDS PEREIRA	NELSON SHAMIR	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
13	VALENCIA RAMIREZ	JHONATAN STIVEN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

F		NO ASISTIO
A		ASISTIO

COORDINADOR DE TRANSPORTE

ANEXO 7:

FORMATO DE VALORACIÓN PSICOSOCIAL (VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO)

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACIÓN INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Alarcón Flórez Herit Andrés
Documento de identidad: 1012361514
Edad: 17 años.

PSICOLOGIA

Se realiza valoración en el área de psicología a paciente masculino de 17 años, diagnosticado con discapacidad física, auditiva e intelectual, durante la valoración, el paciente se muestra cooperador, con disposición para interactuar dentro de sus posibilidades comunicativas y cognitivas. Se observa esfuerzo por participar y responder a los estímulos presentados. El nivel de alerta es adecuado, aunque algunas conductas pueden verse afectadas por las limitaciones asociadas a su condición física y auditiva.

La comunicación puede realizarse mediante gestos, lenguaje sencillo, apoyo visual o estrategias alternativas, dependiendo del grado de discapacidad auditiva y de las habilidades intelectuales presentes.

El paciente presenta un nivel intelectual limitado acorde con la discapacidad intelectual diagnosticada. Se observan dificultades en:

- Atención sostenida: Se mantiene por periodos cortos, requiriendo pausas y redirección.
- Memoria de trabajo: Limitada para retener y manipular información compleja.
- Pensamiento abstracto: Restringido; mejor desempeño ante tareas concretas y visuales.
- Razonamiento lógico: Se observa dificultad para resolver problemas nuevos o situaciones no familiares.
- Planificación y organización: Requiere guía para secuenciar actividades y anticipar pasos.
- Velocidad de procesamiento: Lenta, con necesidad de mayor tiempo para comprender y responder.

Pese a ello, el paciente puede aprender habilidades funcionales, especialmente cuando se utilizan apoyos visuales, rutinas estructuradas y repetición.

A nivel emocional, el paciente muestra afectividad acorde, con expresiones emocionales claras dentro de sus posibilidades comunicativas. Puede existir:

- Frustración ante tareas complejas o falta de comprensión.
- Ansiedad leve en situaciones nuevas o demandantes.
- Dependencia emocional moderada, ante la necesidad de apoyo constante.

Se observan fortalezas como capacidad de vincularse con figuras de apoyo, motivación para participar y sensibilidad hacia la interacción social.

Debido a la presencia simultánea de discapacidades física, auditiva e intelectual, el paciente presenta dificultades en varias áreas de la conducta adaptativa:

- Autonomía personal: Puede requerir apoyo parcial o total para actividades de autocuidado.
- Comunicación: Limitada por la discapacidad auditiva y cognitiva; responde mejor a estímulos visuales y lenguaje concreto.
- Habilidades sociales: Conservadas a nivel básico; necesita acompañamiento para comprender normas sociales complejas.
- Movilidad y desempeño físico: Condicionado por la discapacidad física, con impacto en independencia y participación en actividades.

A pesar de esto, se observan importantes capacidades adaptativas cuando se proveen apoyos adecuados, estructura y guía constante.

El paciente muestra interés por relacionarse con otros, aunque la interacción puede verse limitada por:

- Barreras comunicativas (auditivas y cognitivas).
- Dificultad para comprender intenciones comunicativas complejas.
- Necesidad de supervisión constante.

El paciente presenta un perfil compatible con necesidades de apoyo generalizado debido a la combinación de limitaciones físicas, auditivas e intelectuales. Aun así, muestra recursos emocionales y sociales que pueden potenciarse, especialmente mediante estrategias visuales, rutinas estructuradas y acompañamiento terapéutico continuo.

Recomendaciones

- Fortalecimiento emocional, manejo de frustración y habilidades sociales funcionales.
- Trabajo en autoestima y regulación emocional.
- Uso de lenguaje visual, pictogramas, señas adaptadas o sistemas alternativos según necesidad.
- Actividades adaptadas para mejorar atención, memoria y resolución de problemas simples.
- Uso de rutinas claras y repetitivas.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidades diversas que durante la sesión se muestra colaborador, atento y animado, participando activamente en las actividades propuestas y obedeciendo órdenes simples de forma adecuada. Mantiene una interacción positiva con el terapeuta y realiza sus actividades de la vida diaria con independencia.

En la valoración motora se observa que el paciente presenta poco equilibrio y disminución de la propiocepción, lo cual afecta la estabilidad durante actividades dinámicas y requiere un trabajo específico para mejorar el control postural. Al evaluar la marcha, se evidencia un patrón funcional y estable, aunque con la presencia de pie plano y eversión del pie, elementos que influyen en la alineación y en la distribución del apoyo. El paciente mantiene una buena base de sustentación que le permite compensar parcialmente estas alteraciones.

El paciente corre poco, mostrando cierta precaución y limitación en el control dinámico, y realiza un leve salto con poca estabilidad, lo que indica que, aunque posee la capacidad de ejecutar el movimiento, requiere mejorar la coordinación y la fuerza postural para hacerlo de manera segura.

En las actividades de coordinación, el paciente lanza objetos de diferentes formas con buena puntería, lo que refleja un adecuado control visomotor. Presenta buen agarre, aunque se identifica la necesidad de mejorar la motricidad fina para optimizar tareas que requieren precisión manual. En actividades con balón, el paciente patea con buen control, logrando dirigir el movimiento de manera eficiente.

En conclusión, el paciente presenta un desempeño motor favorable, con habilidades conservadas en marcha, coordinación y motricidad gruesa. Sin embargo, requiere continuar trabajando en el equilibrio, la propiocepción y la motricidad fina, así como en actividades que promuevan mayor estabilidad en la carrera y el salto. Se recomienda mantener un programa fisioterapéutico orientado a fortalecer el control postural, mejorar la alineación del pie y promover el desarrollo sensoriomotor para optimizar su funcionalidad y seguridad en las actividades diarias.

Dr. Jhonatan Andres Gomez Ramirez
Fonoterapeuta
Reg No 1143

FONOAUDILOGIA

Motivo de evaluación: Evaluar las habilidades comunicativas, lingüísticas, funciones orofaciales, desempeño funcional y social del paciente, con el fin de establecer diagnóstico fonoaudiológico, conclusiones y recomendaciones de intervención. Desempeño comunicativo y lingüístico: El paciente presenta habilidades comunicativas verbales funcionales, expresándose mediante frases semicomplejas, con estructuración gramatical funcional, aunque se observa omisión ocasional de conectores. Presenta vocabulario amplio y fluidez verbal adecuada para su nivel funcional.
Identifica grafemas básicos y vocales, y logra transcribir frases con apoyo. Sin embargo, no lee ni escribe de manera funcional. Durante la sesión se muestra colaborador, atento y animado, participando activamente en las actividades propuestas y obedeciendo órdenes simples de forma adecuada. Mantiene una interacción positiva con sus pares y con el terapeuta. Manifiesta gusto por actividades artísticas como pintar y colorear, las cuales favorecen su atención y expresión. Área funcional: En el área funcional, el paciente realiza sus actividades de la vida diaria de manera independiente, evidenciando un adecuado nivel de autonomía. Evaluación de órganos y funciones estomatognáticas: Órganos orofaciales. Labios: Labio superior voluminoso; labio inferior voluminoso con leve hipotonía.
Lengua: Engrosada, ancha, con alteración en el tono y la movilidad.
Respiración: Bucal. Maxilar inferior: Prognatismo marcado. Oclusión: Alteración de mordida abierta. Hábitos orales: Hábito oral, manos en la boca. Funciones orales y alimentación: Masticación: Con la boca abierta, escaso movimiento masticatorio; utiliza la lengua para amasar los alimentos, generando hipersalivación. Deglución: Funcional. Selectividad alimentaria: No presenta.
Diagnóstico fonoaudiológico:
Paciente masculino de 17 años con retardo mental moderado y discapacidad auditiva, que presenta lenguaje oral funcional, con uso de frases semicomplejas, adecuada intención comunicativa y fluidez verbal, con omisión ocasional de conectores. Se evidencian alteraciones estructurales y funcionales del sistema estomatognático, que influyen en el patrón masticatorio y control salival. Las habilidades de lectoescritura se encuentran en nivel inicial, limitadas a identificación de grafemas y transcripción guiada.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudiologa
Reg No 6052

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

TERAPIA OCUPACIONAL

El usuario de 17 ingresa en buenas condiciones medicas con diagnóstico de retraso mental leve, demuestra la capacidad de ejecutar secuencias simples cuando cuenta con apoyo visual, lo que facilita una mayor autonomía y comprensión del orden de los pasos durante la sesión. A pesar de estos logros, aún requiere supervisión para anticipar posibles obstáculos y para mantener la atención a lo largo de todas las actividades propuestas. Presenta un buen agarre en pinza trípode y muestra técnica adecuada en el coloreado. Sabe leer y escribir, lo que favorece su comprensión de consignas, y se observa independencia en las actividades de la vida diaria, además de mantener una actitud colaborativa y disposición para seguir instrucciones. Sin embargo, se identifica que no reconoce el valor del dinero, lo que representa una limitación en su autonomía funcional dentro de actividades instrumentales. En conjunto, su desempeño ocupacional es adecuado, aunque con necesidades de apoyo específico en atención sostenida, anticipación de situaciones y habilidades relacionadas con el manejo del dinero.

Jannoth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinacion general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La compresión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni simbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad

María Camia Baquero Villamizar
Bachiller Formadora.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Ávila Gómez Jesús Estiven
Documento de identidad: 1123444196
Edad: 11 años.

PSICOLOGIA

Se realiza valoración en el área de psicología a paciente masculino de 11 años, diagnosticado con déficit cognitivo. El paciente es independiente en sus funciones básicas de la vida diaria y totalmente integrado a su grupo de pares, mostrando un estado emocional estable, alegría y motivación para participar en actividades lúdicas y recreativas.

Se evidencia una etapa de operaciones concretas, con necesidad de reforzamiento y motivación constante para alcanzar logros. La memoria muestra un buen desempeño para almacenar y recuperar información, siendo la memoria visual más desarrollada que la auditiva. Dificultades en la memoria operativa y procedimental, lo que afecta la realización de tareas secuenciales y la ejecución autónoma de procesos complejos. Limitaciones en razonamiento, resolución de problemas, planificación, pensamiento abstracto, juicio y aprendizaje académica. Capacidad para realizar tareas y explicar o describir su realización, aunque requiere guía y supervisión constante.

En Comunicación y Lenguaje: Dificultades en lenguaje expresivo y para dar respuestas verbales completas. Mejores respuestas a través de acciones motoras, las cuales deben ser consideradas como formas válidas de expresión. Comprensión adecuada de instrucciones simples, con necesidad de acompañamiento para tareas más complejas o secuenciadas.

En el Área Emocional: Estado emocional estable, alegre y motivado. Capaz de reconocer y expresar necesidades, sentimientos y gustos. Facilidad para concertar acuerdos y participar activamente en dinámicas grupales.

Comportamiento y Adaptación: Durante la evaluación se mostró colaborador y paciente, esperando instrucciones para iniciar tareas. No acepta cambios bruscos o interrupciones en actividades, especialmente si se encuentra motivado con una tarea. La concentración es limitada en duración, pudiendo dispersarse cuando se cansa o pierde interés; en ocasiones la mirada es superficial, sin indicar pérdida real de atención sino fatiga. Requiere acompañamiento y guía para completar tareas secuenciales o cuando hay interrupciones inesperadas.

Recomendaciones

1. Implementar estrategias de refuerzo positivo y motivación constante para la realización de tareas secuenciales y académicas.
2. Favorecer la expresión a través de acciones motoras y apoyos visuales, considerando estas respuestas como válidas en el proceso de comunicación.

3. Mantener actividades estructuradas y predecibles, minimizando cambios bruscos y permitiendo tiempos adecuados para la finalización de tareas.
4. Fortalecer memoria operativa y procedimientos mediante ejercicios secuenciales, juegos educativos y actividades graduadas.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa, quien se muestra colaborador, atento y con buena socialización durante la sesión. El paciente obedece órdenes simples y participa activamente en las actividades propuestas por el terapeuta.

En la evaluación motora se observa que presenta buen equilibrio, aunque con disminución de la propiocepción, lo cual puede influir levemente en el control postural durante determinadas tareas. Aun así, demuestra una buena marcha, con base de sustentación estable, además de habilidades motoras funcionales como correr y saltar sin dificultad.

En cuanto a la motricidad fina, el paciente presenta buen agarre y una motricidad fina adecuada, con potencial de mejora. Es capaz de lanzar objetos de diferentes formas, aunque evidencia poca puntería. Asimismo, muestra buen control al patear un balón, reflejando coordinación y planeación motora funcionales.

En su desempeño cotidiano, el paciente realiza actividades de la vida diaria de manera independiente. Mantiene una actitud colaboradora y una adecuada interaccion con el terapeuta, lo que facilita el proceso terapéutico.

En conclusión, se trata de un paciente con capacidad diversa que conserva habilidades motoras gruesas y finas favorables, con buena movilidad, coordinación y participación activa. Como principales áreas de trabajo se sugiere reforzar la propiocepción y la puntería para optimizar su control corporal y sus habilidades motoras especificas.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No 11423

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FONOAUDILOCIA

Paciente con capacidad diversa, quien se muestra colaborador, atento y con adecuada disposición durante la sesión. Presenta buena interacción con el terapeuta y mantiene contacto visual funcional. Responde a su nombre y sigue órdenes simples de manera consistente. Evidencia intención comunicativa y utiliza el lenguaje verbal como principal medio de comunicación. La comprensión del lenguaje es funcional para consignas básicas. En el lenguaje expresivo se observan algunas dificultades leves en la estructuracion de frases y en la articulación de ciertos sonidos. Utiliza gestos como apoyo comunicativo. La movilidad y coordinación de los órganos fonoarticulatorias es adecuada. Participa activamente en las actividades propuestas. Se recomienda continuar fortaleciendo el lenguaje expresivo y la claridad del habla.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No. 6052

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente con capacidad diversa, quien durante la sesión se muestra colaborador, atento y con buena disposición para el trabajo terapéutico. Sigue instrucciones simples y participa activamente en las actividades propuestas. Presenta adecuado control postural, con leve dificultad en la propiocepción durante algunas tareas. La motricidad gruesa es funcional, evidenciando buen equilibrio, marcha estable y coordinación general. En motricidad fina, muestra agarre adecuado y buen manejo de objetos, con posibilidad de fortalecimiento en precisión. Realiza actividades de la vida diaria de manera independiente. Mantiene adecuada interacción con el terapeuta. Se recomienda continuar fortaleciendo la propiocepción, la coordinación motora y la precisión en tareas finas para favorecer su desempeño funcional.

Janneth Constanza Garnica L.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

AREA PEDAGOGICA

Paciente con capacidad diversa que durante la sesión se muestra colaborador, atento y con adecuada socialización. Obedece órdenes simples y participa activamente en las actividades pedagógicas propuestas. Presenta buen control corporal y equilibrio funcional, aunque con leves dificultades en la propiocepción, lo cual puede influir en algunas tareas. Mantiene una marcha estable y demuestra habilidades motoras acordes para su participación en actividades educativas. A nivel de motricidad fina, presenta buen agarre y manejo de materiales, con potencial de mejora. Realiza actividades de manera independiente y mantiene una actitud positiva frente al aprendizaje. Se recomienda reforzar la propiocepción y la coordinación visomotora para fortalecer su desempeño pedagógico.

Jeimy Karolina Cubides Moreno
Técnico laboral en preescolar.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Brayan Alexander Benavidez
Documento de identidad: 1029220452
Edad: 20 años

PSICOLOGIA

Se realiza valoración psicológica de un paciente masculino de 20 años con diagnóstico de Sindrome de Down y déficit cognitivo, quien presenta un desarrollo con dificultades en los procesos cognitivos formales, lo que afecta su velocidad de procesamiento y toma de decisiones. Sin embargo, demuestra excelente comprensión y habilidades manuales destacadas en actividades artísticas y artesanales. Se caracteriza por ser organizado y meticuloso en la elaboración de sus tareas y trabajos, mostrando un enfoque detallado y persistente.

En el ámbito del lenguaje, su expresión oral es comprensible y coherente, aunque su ritmo de comunicación es lento. Emocionalmente, se observa labilidad, con cambios de humor frecuentes, aunque es una persona voluntariosa, motivada a participar en las actividades cuando siente interés y seguridad. Presenta dificultades en funciones ejecutivas como memoria de trabajo, planificación y flexibilidad cognitiva. A pesar de estas limitaciones, su capacidad para comprender instrucciones y realizar tareas manuales es notablemente buena. Su desempeño mejora cuando se le proporcionan estrategias de organización visual y estructuración del tiempo.

A nivel emocional se observa una alta labilidad emocional, con cambios repentinos en el estado de ánimo. Presenta dificultades en la gestión de la frustración, lo que impacta su capacidad para afrontar nuevas situaciones o adaptarse a cambios en la rutina. Y Comportamental mente activo, inquieto, pero con desempeño lento en la ejecución. Requiere apoyo para mejorar su autonomía en la toma de decisiones y la resolución de problemas de manera independiente.

Socialcial mente Interacciones adecuadas con su entorno, aunque tiende a ser reservado en situaciones nuevas. Muestra resistencia ante cambios imprevistos y prefiere un ambiente estructurado y predecible

Recomendaciones

1. Fortalecer la toma de decisiones y la flexibilidad cognitiva, a través de estrategias de resolución de problemas y actividades que impliquen adaptación a nuevos escenarios o cambios en la rutina.
2. Mejorar la regulación emocional, implementando técnicas de identificación y expresión emocional, así como estrategias de afrontamiento para el manejo de la frustración.

3. Optimizar el desempeño en actividades artísticas y artesanales, fortaleciendo la organización del tiempo y la autoconfianza en la ejecución de tareas, favoreciendo un ritmo de trabajo funcional.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con diagnóstico médico de síndrome de Down, quien se presenta colaborador durante la sesión, obedeciendo órdenes simples de manera adecuada. El paciente socializa con el terapeuta, aunque su articulación verbal es poco clara, lo que puede dificultar la comprensión, pero logra expresarse de forma funcional cuando se le solicita. Se observa que presenta sobrepeso, condición que puede influir en su desempeño motor y en la eficiencia de algunos movimientos.

Durante la valoración se identifica falta de equilibrio y poca propiocepción, lo que afecta principalmente su control postural en actividades que requieren estabilidad fina. A pesar de estas dificultades, el paciente muestra buena marcha y una base de sustentación estable, evidenciando un patrón de desplazamiento funcional. Es capaz de correr y saltar con buena estabilidad, demostrando un adecuado control motor grueso en movimientos dinámicos.

En cuanto a sus habilidades de coordinación y manipulación, el paciente presenta buen agarre fino, lo que le permite manejar objetos pequeños sin dificultad. Realiza lanzamientos de objetos de diferentes formas, aunque su puntería es limitada, lo cual indica que aún necesita trabajar la coordinación visomotora. En actividades con balón, destaca su habilidad para patearlo con buen control, logrando dirigir el movimiento de manera intencionada.

Respecto a las actividades de la vida diaria, el paciente realiza algunas de ellas de manera independiente, aunque requiere apoyo parcial en tareas más complejas o que demanden mayor equilibrio. Mantiene una actitud positiva y buena disposición durante la intervención, lo que favorece la participación activa en las actividades propuestas.

En conclusión, se trata de un paciente con síndrome de Down que presenta habilidades motoras gruesas funcionales, buen control en tareas dinámicas como correr, saltar y patear, así como adecuada motricidad fina. No obstante, requiere trabajo enfocado en mejorar el equilibrio, la propiocepción y la coordinación visomotora. Se recomienda proceso fisioterapéutico orientado al fortalecimiento del control postural, la integración sensorial y

la mejora de las habilidades motoras para favorecer mayor independencia funcional y seguridad en sus actividades diarias.

Dr. Jefferson Andres Gomez Menlez
Fisioterapeuta
Reg. No. 11433

FONOAUDIOLOGIA

Motivo de consulta: Evaluación y seguimiento del estado actual del lenguaje, comunicación, funciones orofaciales y desempeño funcional con el fin de determinar necesidades terapéuticas.

Antecedentes Relevantes

Paciente con diagnóstico de síndrome de Down, con compromiso estructural orofacial característico y dificultades en articulación del habla y procesos básicos de lectoescritura

Evaluación de Lenguaje y Comunicación: Lenguaje Expresivo: Emplea frases sencillas y funcionales para expresar necesidades, intereses y opiniones. Se observan imprecisiones articulatorias asociadas a alteraciones orofaciales propias del síndrome de Down. Inicia conversaciones de manera espontánea y muestra intención comunicativa constante. Le gusta cantar y bailar, actividades que favorecen su expresión oral y emocional. Lenguaje Comprensivo: Comprende órdenes simples adecuadamente. Requiere apoyo para instrucciones más complejas. Pragmática / Interacción Social: Se integra socialmente de manera positiva y participativa. Mantiene interacción funcional con pares y terapeuta. Demuestra gusto por actividades grupales y expresiones artísticas: Lectoescritura

No lee ni escribe. Puede transcribir palabras con apoyo visual, guía directa y modelado.

Evaluación Orofacial y Funciones Estomatognáticas

Anatomía Orofacial: Labios: superior e inferior voluminosos; el inferior presenta leve hipotonía. Lengua: engrosada, ancha, con alteración en tono y movilidad. Respiración: oral predominante. Maxilar inferior: prognatismo marcado. Mordida: abierta. Funciones Orofaciales Masticación: con boca abierta, con escaso movimiento masticatorio. Deglución: funcional. Selectividad alimentaria: no presenta. Desempeño Funcional. Realiza algunas actividades de la vida diaria de manera independiente. Requiere apoyo parcial para tareas que demandan mayor planificación motora, equilibrio o complejidad cognitiva. Mantiene buena disposición y actitud positiva durante las actividades propuestas.

Impresión Diagnóstica Fonoaudiológica: Los hallazgos clínicos son compatibles con: Trastorno fonético-fonológico de origen funcional, asociado a características orofaciales del síndrome de Down. Trastorno del lenguaje expresivo leve, con limitación en la complejidad morfosintáctica. Dificultades en lectoescritura, requirentes de apoyo visual permanente. Disfunción orofacial caracterizada por hipotonía labial, alteración en tono y movilidad lingual, respiración bucal, prognatismo y mordida abierta, que afectan la articulación y la eficacia masticatoria.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No. 6052

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente con diagnóstico de síndrome de Down, quien se muestra colaborador y con buena disposición durante la sesión. Participa activamente en las actividades propuestas y sigue instrucciones simples. Presenta desempeño funcional parcialmente independiente en actividades de la vida diaria. Evidencia dificultades en tareas que requieren mayor planificación motora, equilibrio y coordinación. La motricidad gruesa es funcional, con necesidad de fortalecimiento del control postural. En motricidad fina logra manipular objetos básicos, requiriendo apoyo para mejorar precisión. Mantiene adecuada regulación conductual y tolerancia a la actividad. Disfruta actividades grupales y artísticas. Se recomienda intervención para fortalecer la autonomía, coordinación y desempeño funcional.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinacion general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La compresión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni simbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere

pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad

Sandra Milena Gutiérrez Ospina
Bachiller formador.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Martin Bernal Betancourt
Documento de identidad: 1230343093
Edad: 09 años

PSICOLOGIA

Se valora en el área de psicología, paciente, un niño de 9 años con diagnóstico de **Trastorno del Espectro Autista (TEA), código F84.0**, presenta un perfil clínico caracterizado por dificultades severas en diversas áreas del desarrollo. En el ámbito de la comunicación y la interacción social se observa una **ausencia total de lenguaje oral**, lo cual limita de manera significativa su capacidad para expresar necesidades, emociones o establecer intercambios sociales. El contacto visual es reducido y de corta duración, afectando la reciprocidad social. No responde a intentos de interacción ni demuestra interés por el contacto social, lo que interfiere con la formación de vínculos o relaciones funcionales.

Asimismo, manifiesta **patrones de comportamiento restrictivos y repetitivos**, entre ellos caminar de manera persistente. En cuanto a la adaptación al entorno, se evidencian **dificultades severas para tolerar cambios en la rutina o en el ambiente**, reaccionando con ansiedad intensa ante situaciones imprevistas. Durante las sesiones terapéuticas presenta marcada inestabilidad emocional, con episodios de llanto, autolesiones como golpearse la cabeza e intentos de escapar del consultorio, lo que refleja un nivel alto de frustración y una regulación emocional muy limitada.

En el ámbito motor, el paciente mantiene una, dificultando la concentración y la participación en actividades estructuradas. Esta agitación parece estar relacionada con la ansiedad y la limitada capacidad para autorregularse. Adicionalmente, muestra **intereses restringidos y escasa motivación** hacia juguetes, materiales o actividades lúdicas, lo que podría estar influido por dificultades sensoriales y cognitivas que reducen su capacidad de disfrute y participación.

La **regulación emocional** se encuentra marcadamente afectada. El niño experimenta periodos de desregulación que emergen ante estímulos mínimos o demandas simples, con respuestas emocionales intensas y persistentes que complican la intervención terapéutica. En el plano cognitivo, presenta **limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual**, con dificultades para comprender conceptos abstractos, seguir instrucciones complejas y mantener atención sostenida en tareas estructuradas. Su desempeño mejora cuando se le proporcionan estímulos concretos, repetitivos y apoyos visuales.

El **procesamiento sensorial** también se encuentra alterado, observándose respuestas exageradas o insuficientes frente a estímulos como sonidos, luces o texturas. Este patrón afecta su capacidad de concentración y aprendizaje. El hábito de caminar en punta de pies puede estar vinculado a dificultades sensoriales o necesidades propioceptivas no satisfechas. No obstante, algunas **habilidades cognitivas básicas** parecen preservadas en actividades rutinarias: puede identificar objetos familiares o seguir secuencias aprendidas, aunque con dificultades para generalizar dichos aprendizajes a contextos nuevos.

En cuanto a la comunicación, se evidencia la **ausencia de lenguaje verbal** y una comunicación no verbal muy limitada. Esto incrementa la frustración y favorece la aparición de conductas disruptivas. Utiliza pocos gestos o señales y muestra dificultades para interpretar el lenguaje corporal de otros. Además, presenta **dificultades para la imitación y el juego simbólico**, componentes fundamentales del aprendizaje en la infancia. Actividades que requieren flexibilidad mental, resolución de problemas o toma de decisiones representan un desafío considerable para él.

Finalmente, el paciente demuestra cierta **capacidad de asociación y retención de rutinas**, pudiendo memorizar secuencias cuando se le presentan de forma estructurada, clara y repetitiva. Responde con mayor efectividad a tareas predecibles que incluyen pasos definidos.

Recomendación

Favorecer la adaptación del paciente al entorno terapéutico y promover el desarrollo de habilidades de autorregulación emocional y comportamental mediante estrategias estructuradas y graduales.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con diagnóstico médico de autismo, quien durante la sesión muestra interés predominante por actividades de estimulación vestibular, siendo estas las que mayor atención y continuidad logran generar. A pesar de su disposición selectiva, presenta buen control postural en actividades dinamicas y estaticas, aunque aun requiere intervencion para mejorar el equilibrio y la propiocepción, los cuales se encuentran levemente disminuidos y limitan su estabilidad en ciertas tareas.

Durante la valoración se observa que el paciente manipula objetos de diferentes formas, demostrando un buen agarre funcional. Sin embargo, aún presenta dificultad en actividades que requieren mayor precisión, lo que indica la necesidad de continuar trabajando la motricidad fina para favorecer un mejor desempeño manual. La marcha del paciente es adecuada, con buena base de sustentación y un patrón funcional que le permite desplazarse sin alteraciones visibles. Se evidencia además una marcada tendencia a explorar constantemente el consultorio, buscando estímulos en cada rincón, lo cual es coherente con su patron sensorial y conductual.

En actividades que implican seguir instrucciones, el paciente no obedece órdenes simples y se muestra poco colaborador, lo que dificulta la estructuración de las tareas terapéuticas. En el aspecto emocional y conductual, se presenta con un trastorno ansioso e irritable, factores que influyen en su participación y respuesta ante las demandas de la sesión. No establece interacción social con el terapeuta, manteniendo un comportamiento reservado y con escaso contacto comunicativo. A pesar de ello, en actividades con balón se observa una ejecución adecuada, demostrando capacidad para patearlo.

En conclusión, el paciente presenta un perfil psicomotor caracterizado por buen control postural, adecuada marcha y capacidades preservadas en actividades de motricidad gruesa, como patear el balon. Sin embargo, presenta leves dificultades significativas en equilibrio, propiocepción, motricidad fina, seguimiento de instrucciones y participación colaborativa, además de un patrón sensorial que privilegia estímulos vestibulares y conductas de búsqueda exploratoria. La intervención fisioterapéutica deberá enfocarse en estrategias sensoriomotoras que favorezcan la regulación, la mejora del equilibrio y la propiocepción, así como en actividades estructuradas que fortalezcan la motricidad fina y promuevan una mayor participación funcional dentro de la sesión terapéutica.

Dr. Jefferson Andres Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg. No. 1143

FONOAUGIOLOGIA

Paciente con diagnóstico médico de autismo, quien durante la sesión presenta baja intención comunicativa y escasa interacción con el terapeuta. No responde de manera consistente a su nombre ni sigue órdenes simples. Se observa atención fluctuante y dificultad para mantener la participación en actividades dirigidas. El lenguaje expresivo es limitado, con ausencia o uso mínimo de comunicación verbal funcional. No se evidencia lenguaje comprensivo funcional para consignas básicas. Presenta escaso contacto visual y reducidas habilidades pragmáticas. Se observan conductas de evitación frente a demandas comunicativas. Requiere apoyo constante para la estructuración de la interacción. Se recomienda intervención fonoaudiológica enfocada en el fortalecimiento de la intención comunicativa, comprensión de órdenes simples, comunicación funcional y habilidades pragmáticas.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No. 6757

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente con diagnóstico médico de autismo, quien durante la sesión muestra interés predominante por actividades de estimulación vestibular, las cuales favorecen mayor atención y permanencia. Presenta buen control postural en actividades estáticas y dinámicas, aunque con leve disminución del equilibrio y la propiocepción. La marcha es funcional, con adecuada base de sustentación. Manipula objetos con agarre funcional, evidenciando dificultad en tareas que requieren mayor precisión, lo que indica compromiso en motricidad fina. Se observa conducta exploratoria constante del entorno, acorde a su perfil sensorial. No sigue órdenes simples y muestra baja colaboración durante la sesión. Presenta rasgos de ansiedad e intolerancia que afectan su participación. No establece interacción social con el terapeuta. Se recomienda intervención en regulación sensorial, equilibrio, propiocepción, motricidad fina y estructuración de tareas para favorecer su desempeño funcional.

Janneth Constanza Garcia L.

AREA PEDAGOGICA

Descripción del proceso académico y pedagógico:

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades lúdico-recreativas, artísticas y de estimulación integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, motrices, comunicativas y socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomía. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a rutinas pedagógicas y respuesta a los estímulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.

Observaciones pedagógicas: Proceso en evolución favorable.

Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias abordadas.

Jeimy Karolina Cubides Moreno
Técnico Laboral por competencias en preescolar

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Mariana Yisela Bobadilla Avila
Documento de identidad: 1234792665
Edad: 27 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración en el área de psicologia a paciente femenina de 27 años, con diagnóstico de déficit cognitivo moderado y ceguera parcial. La paciente se presenta callada, receptiva a indicaciones y trabaja de acuerdo a sus posibilidades, mostrando disposición para participar en actividades con supervisión y apoyo.

Presenta limitaciones en razonamiento, resolución de problemas, planificación y aprendizaje académico, propias de un déficit cognitivo moderado. Capacidad de atención funcional para tareas sencillas, pero requiere indicaciones claras, refuerzo constante y supervisión para completar actividades. Memoria operativa y procedimientos complejos limitados, mostrando mejor desempeño en tareas repetitivas o conocidas. Comprensión de instrucciones simples adecuada, con dificultad para tareas que impliquen abstracción o secuencias múltiples.

En Comunicación y Lenguaje: Comunicativa de manera básica; comprende instrucciones simples y responde verbalmente de forma adecuada, aunque limitada. Expresión verbal restringida, compensada con gestos, movimientos o indicaciones táctiles cuando es necesario.

Área Emocional: estado emocional estable, paciente y colaborativa. Se adapta a las actividades siempre que sean presentadas de manera estructurada y con apoyo adecuado. No se evidencian conductas disruptivas ni ansiedad significativa en situaciones conocidas.
Trabaja de acuerdo a sus capacidades, mostrando motivación y disposición para seguir instrucciones.
Requiere supervisión para la realización de tareas más complejas o desconocidas.
Puede frustrarse si se le exige más allá de sus posibilidades, aunque mantiene disposición general para colaborar.
Adaptación funcional en entornos estructurados, con apoyo y orientación constante.

Paciente respetuosa y cooperativa en interacciones con el personal y otros pacientes. Muestra disposición para participar en actividades grupales cuando son guiadas y adaptadas a sus capacidades sensoriales y cognitivas.

Paciente adulta con déficit cognitivo moderado y ceguera parcial, emocionalmente estable, cooperativa y motivada para realizar actividades dentro de sus posibilidades. Presenta limitaciones en procesos cognitivos complejos y aprendizaje académico, así como

necesidad de apoyos constantes en tareas secuenciadas o de mayor exigencia cognitiva. La intervención estructurada y supervisada favorece su participación y autonomía funcional.

Recomendaciones

1. Mantener intervención psicológica y educativa individualizada, adaptada a sus capacidades cognitivas y sensoriales.
2. Utilizar estrategias multisensoriales (táctiles, auditivas y gestuales) para favorecer la comprensión y ejecución de tareas.
3. Mantener actividades estructuradas y predecibles, con refuerzo positivo y apoyo constante para asegurar finalización de tareas.
4. Involucrar a la familia o cuidadores en estrategias de apoyo y supervisión, promoviendo autonomía progresiva en actividades de la vida diaria.
5. Favorecer la participación en actividades grupales guiadas, asegurando inclusión y adaptación a sus capacidades sensoriales y cognitivas.

Dra. Emma Stella Ruiz R.
Psicóloga
Registro Profesional
Universidad Santo Tomás

FISIOTERAPIA

Paciente femenina de 27 años con diagnóstico de déficit cognitivo moderado y ceguera parcial. Durante la sesión se muestra colaborativa, receptiva a las indicaciones y trabaja de acuerdo con sus capacidades, requiriendo supervisión constante. Presenta control postural funcional en sedente y bipedestación, con equilibrio estático conservado y leve dificultad en el equilibrio dinámico. La marcha es funcional, aunque requiere orientación y apoyo debido a la limitación visual. La fuerza muscular y movilidad articular se encuentran dentro de parámetros funcionales para la realización de actividades básicas. Presenta coordinación motora general adecuada para tareas simples, con dificultad en actividades que demandan mayor planificación motora. Se recomienda intervención fisioterapéutica orientada al fortalecimiento del equilibrio, la coordinación, la orientación espacial y la movilidad segura en diferentes entornos.

Dr. Johannes Andrés Gómez Medina
Fisioterapeuta
Reg. No. 11931

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FONOAUDIOLOGIA

Paciente femenina de 27 años con diagnóstico de déficit cognitivo moderado y ceguera parcial. Durante la sesión se muestra tranquila, colaborativa y receptiva a las indicaciones. Presenta comunicación funcional básica, con adecuada comprensión de instrucciones simples y respuesta verbal acorde, aunque limitada en complejidad. La expresión oral es restringida, apoyándose en gestos y claves táctiles para facilitar la comunicación. La atención y memoria verbal se encuentran funcionales para tareas sencillas, con dificultad en procesos más complejos. Las habilidades pragmáticas son básicas, manteniendo interacción adecuada en contextos estructurados. Se recomienda intervención fonoaudiológica enfocada en el fortalecimiento de la comunicación funcional, comprensión verbal, expresión oral y uso de apoyos alternativos para favorecer la interacción y autonomía comunicativa.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg No. 6052

TERAPIA OCUPACIONAL

La usuaria de 23 años ingresa a la sesión en buenas condiciones de salud, presentando buena higiene y adecuada presentación personal. Cuenta con diagnóstico de desprendimiento de retina, condición que limita de manera significativa su campo visual y, en consecuencia, su rango de accion en actividades cotidianas. A pesar de ello, la usuaria manfiene una actitud calmada, colaboradora y dispuesta a participar en las actividades propuestas durante la intervención.

En cuanto a su desempeño funcional, se observa independencia en las actividades de la vida diaria, incluyendo higiene mayor y menor, lo que evidencia un adecuado manejo de su autocuidado. Presenta un buen agarre funcional de elementos, utilizando su mano dominante derecha, con la cual ejecuta actividades manipulativas con precisión acorde a sus capacidades. Además, reconoce con claridad los conceptos de izquierda y derecha, lo que favorece la orientación espacial y la ejecución organizada de las tareas. se identifica que su campo de acción se encuentra considerablemente limitado debido a su condición visual, lo que requiere una adecuada organizacion del entorno, uso de contrastes, disposición ordenada de materiales y consignas claras para garantizar su participación funcional y segura. La usuaria responde positivamente a estas adaptaciones, mostrando buena disposición para seguir instrucciones y mantener una actitud tranquila durante toda la sesión.

La intervención se orienta a fortalecer estrategias compensatorias para enfrentar las limitaciones visuales, optimizar su desempeño en actividades manipulativas y favorecer su

autonomía mediante la estimulación de habilidades perceptuales, orientación espacial y manejo adecuado de su espacio inmediato.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades lúdico recreativas, artísticas y de estimulación integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, motrices, comunicativas y socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomía. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a rutinas pedagógicas y respuesta a los estímulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.
Observaciones pedagógicas: Proceso en evolución favorable.
Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias adaptadas.

Sandra Milena Gutiérrez Ospina
Bachiller formador

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Claudia Beatriz Buenos Silva
Documento de identidad: 1121816019
Edad: 42 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración psicológica de paciente femenina de 40 años con diagnóstico de Autismo. La paciente presenta **dificultades cognitivas**, especialmente en la planificación, organización y flexibilidad mental, aunque muestra **buena memoria visual** y destaca en actividades **manuales y artísticas.** Carece de **lenguaje expresivo**, pero comprende instrucciones simples apoyadas en claves visuales o gestuales y requiere apoyo para comunicarse.

A nivel sensorial, muestra **marcada intolerancia al contacto físico**, pero mantiene una **tolerancia adecuada a estímulos auditivos** y una preferencia por texturas específicas en actividades artísticas. En el área emocional, presenta **afecto lábil**, con reacciones intensas ante frustración o cambios inesperados, logrando mayor estabilidad cuando realiza actividades de su interés.

En lo adaptativo, puede trabajar con autonomía en actividades estructuradas relacionadas con lo manual, pero tiene dificultades para aceptar cambios o redirecciones. Mantiene la atención por largos períodos en actividades autoseleccionadas, aunque le cuesta sostenerla en tareas impuestas.

Recomendaciones:

Mantener rutinas claras y predecibles, anticipando cualquier cambio para reducir ansiedad o reacciones impulsivas. Usar apoyos visuales (imágenes, pictogramas, agendas) para facilitar la comprensión de instrucciones y secuencias de actividades. Respetar su sensibilidad sensorial, evitando el contacto físico no solicitado y ofreciendo materiales y entornos que le resulten cómodos. Ofrecer actividades estructuradas y de su interés, especialmente las relacionadas con lo manual y artístico, para promover participación y seguridad emocional. Introducir tareas nuevas o menos preferidas de manera gradual, con transiciones suaves y refuerzo positivo. Permitir espacios tranquilos de regulación, donde pueda retirarse cuando se frustre o experimente sobrecarga. Reforzar logros y conductas adecuadas, favoreciendo su motivación y estabilidad emocional.

Dra. Emma Stella Ruiz R.
Psicóloga
RP 6705 de Mocoa
Universidad Surcolombiana

FISIOTERAPIA

Paciente con diagnóstico médico de autismo atípico, quien durante la sesión se muestra poco colaboradora, con escasa respuesta a órdenes simples y sin establecer socialización con el terapeuta. La comunicación se manifiesta principalmente mediante gestos faciales, a través de los cuales expresa desagrado, enojo o falta de interés, lo que influye de manera directa en la participación y continuidad de las actividades propuestas. El paciente realiza algunas actividades de la vida diaria, aunque con limitaciones en autonomía y constancia.

En la valoración motora se evidencio poco equilibrio y disminución de la propiocepción, lo que afecta la estabilidad postural y la seguridad durante actividades dinámicas. La marcha presenta una buena base de sustentación, permitiendo un desplazamiento funcional, aunque con poca iniciativa para aumentar la velocidad o modificar el patrón. No existe motivación para correr o saltar, lo que reduce la exploración motora y limita el desarrollo de habilidades locomotoras más complejas.

En las actividades de coordinación, el paciente lanza objetos de diferentes formas, pero sin lograr puntería, lo que indica algo de dificultad en la integración visomotora y en el control del movimiento dirigido. A pesar de ello, presenta buen agarre y motricidad fina, lo que permite realizar tareas manipulativas con precisión adecuada. En el trabajo con balón, el paciente patea sin control, mostrando dificultades para dirigir el gesto motor y regular la fuerza aplicada.

A nivel conductual, se observa falta de motivación, lo que influye significativamente en la participación y el rendimiento durante las actividades terapéuticas. La paciente utiliza expresiones faciales para indicar que no desea continuar, lo que dificulta mantener la continuidad de los ejercicios y limita el tiempo efectivo de trabajo.

En conclusión, la paciente presenta dificultades en equilibrio, propiocepción, coordinación y motivación, además de limitaciones en la interacción social y en la respuesta a órdenes simples. Aun así, mantiene una marcha funcional y habilidades conservadas en motricidad fina, lo que representa una base importante para el trabajo terapéutico. Se recomienda un enfoque fisioterapéutico que combine entrenamiento sensoriomotor, estrategias motivacionales, actividades altamente estructuradas y apoyos visuales, con el fin de mejorar la participación, la estabilidad postural y la coordinación funcional.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA

Motivo de consulta: Evaluación y seguimiento fonoaudiológico para analizar el estado de competencias comunicativas, habilidades socio-comunicativas, conducta comunicativa y funciones estomatognáticas, con el fin de orientar el proceso terapéutico. Observaciones: La paciente se muestra parcialmente colaboradora, responde a órdenes simples y semi complejas con apoyo verbal y gestual. Mantiene escaso contacto visual, presenta conductas agresivas ocasionales hacia sus pares (pellizcos) y una marcada inflexibilidad cognitiva y conductual, lo cual dificulta la participación activa. Se observa baja motivación durante las tareas, afectando el rendimiento y la continuidad en las actividades terapéuticas.

Comunicación y lenguaje. Comunicación verbal prácticamente inexistente. No produce palabras funcionales. Emisión frecuente de vocalizaciones, sonidos guturales y nasales, usados como medio de expresión emocional o sensorial.

Comunicacion no verbal. Uso espontáneo de lenguaje de señas naturales, gestos y expresiones para expresar necesidades básicas. Responde al nombre solo bajo refuerzo verbal continuo. Interacción social muy reducida. No establece diálogos, no sostiene turnos comunicativos. Aspectos pragmáticos: Severas dificultades en la intención comunicativa. Limitada respuesta ante estímulos sociales. Alta rigidez conductual que interfiere en la comunicación funcional.

Funciones estomatognaticas: Respiracion: Nasal. Estructuras anatómicas: Tono y movimientos dentro de parámetros normales en labios, lengua, mejillas y mandíbula. Alimentación: No hay selectividad alimentaria. Masticación y deglución: Funcionales: mastica y deglute todos los alimentos sin dificultad. Área funcional: La paciente es autónoma en sus actividades de la vida diaria; sin embargo, presenta limitaciones en la conciencia situacional, dificultad para seguir rutinas nuevas y baja tolerancia al cambio. Requiere apoyo y supervision constante para evitar conductas disruptivas. Diagnostico Fonoaudiológico: Alteración severa de la comunicación social y del lenguaje funcional, caracterizada por: Ausencia de lenguaje verbal significativo. Dependencia de medios alternativos de comunicación (gestos, señas espontáneas, vocalizaciones). Severas dificultades en la intención comunicativa y el uso de habilidades pragmáticas. Escaso contacto visual y pobre interacción social. Conductas disruptivas que interfieren con la comunicación y la participación terapéutica. Patrón comunicativo acorde con un trastorno del espectro autista con compromiso severo del lenguaje y la interacción social. Las funciones estomatognáticas y alimentarias se encuentran conservadas.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No. 4052

TERAPIA OCUPACIONAL

El usuario de 11 años se presenta con buena presentación personal, acudiendo a la sesión en óptimas condiciones de salud. Se evidencia que es independiente en sus actividades

de autocuidado, incluyendo higiene mayor y menor (baño, cepillado dental, lavado de manos, cuidado personal básico) y presenta adecuado control de esfínteres acorde a su edad.

A nivel escolar, cursa cuarto grado en un colegio público, mostrando un desempeño funcional dentro del aula. Durante las actividades graficas y escritas, el usuario colorea respetando los límites, demostrando adecuada planificación motora fina y buena percepción visual. Su agarre del lápiz es madura, utilizando pinza trípode, lo que favorece un trazo controlado, estable y funcional.

En cuanto a habilidades grafomotoras, realiza trazos dirigidos y espontáneos con precisión, mostrando coordinacion visomotora efectiva. Su ritmo de trabajo es adecuado, manteniendo postura correcta y manipulación eficiente de herramientas escolares.

A nivel cognitivo-académico, reconoce el valor del dinero, identifica billetes y monedas comunes y comprende transacciones simples. Es capaz de realizar sumas y restas básicas, mostrando comprensión operativa y manejo de conceptos numéricos acordes a su escolaridad. Se observa la capacidad de seguir instrucciones simples y compuestas, mantener atención durante periodos moderados y participar activamente en tareas estructuradas.

A nivel social, interactúa con el entorno con naturalidad, comprende normas básicas y se desenvuelve de forma apropiada en espacios educativos y terapéuticos.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación ocule-manual, presión y manipulación de objetos

pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La compresion verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni simbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad

Sandra Milena Gutiérrez Ospina
Bachiller formador.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Juan Miguel Carrera Ladino
Documento de identidad: 1121920732
Edad: 12 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración en el área de psicología a un **paciente masculino de 12 años**, con diagnóstico previo de **déficit cognitivo leve y neurofibromatosis tipo 1**, condición que puede asociarse a dificultades neurocognitivas y del desarrollo. Durante la evaluación, el paciente se presenta **alerta y orientado globalmente**, demostrando reconocimiento adecuado de sí mismo, ya que identifica su nombre sin dificultad. Muestra intención comunicativa clara y establece una relación positiva con la terapeuta, evidenciando apertura al contacto y disposición para participar en la sesión.

En cuanto a la **comunicación**, el paciente comprende preguntas sencillas y responde de manera coherente dentro de sus capacidades, aunque se observan **dificultades en la vocalización**, lo que limita la fluidez y claridad del lenguaje expresivo. Esta característica puede estar asociada tanto a su diagnóstico cognitivo como a posibles implicaciones neurológicas derivadas de la neurofibromatosis. A pesar de estas limitaciones, se aprecia un esfuerzo genuino por comunicarse y mantener la interacción.

Respecto a su **funcionamiento conductual y emocional**, el paciente presenta un **temperamento calmado**, manteniendo un comportamiento regulado durante la valoración. No se observan episodios de agitación ni conductas disruptivas. Su disposición colaboradora facilita el proceso evaluativo y permite identificar que, aunque presenta limitaciones cognitivas, estas no interfieren significativamente en su capacidad para interactuar de manera tranquila y respetuosa.

En el área **cognitiva**, el paciente refleja un nivel de funcionamiento coherente con el diagnóstico de déficit cognitivo leve. Muestra comprensión adecuada de instrucciones simples, pero requiere mayor tiempo o apoyo cuando las demandas cognitivas aumentan. Su nivel de atención se mantiene adecuado en tareas breves y concretas, pero puede verse disminuido en actividades prolongadas o que impliquen mayor abstracción.

En términos generales, el perfil observado sugiere un **funcionamiento intelectual limítrofe a leve**, acompañado de dificultades en el lenguaje expresivo y de características emocionales estables. La combinación del déficit cognitivo y la neurofibromatosis tipo 1 exige un seguimiento multidisciplinario orientado a reforzar habilidades comunicativas, favorecer su desempeño académico funcional y promover el desarrollo de estrategias adaptativas que le permitan desenvolverse con mayor autonomía.

Recomendaciones

Favorecer la comunicación mediante ejercicios de articulación, apoyos visuales y actividades que promuevan la expresión verbal.

Brindar instrucciones claras, simples y concretas; dividir tareas complejas en pasos pequeños.

Mantener un entorno calmado y estructurado que refuerce su temperamento tranquilo y facilite la participación en actividades.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con diagnóstico médico de neurofibromatosis tipo 1. Durante la sesión se muestra colaborador, mantiene una adecuada interacción con el terapeuta y obedece órdenes simples, lo que facilita el desarrollo de las actividades propuestas. El paciente realiza sus actividades de la vida diaria de manera funcional e independiente.

En la evaluación motora se observa equilibrio regular y disminución de la propiocepción, factores que influyen en la estabilidad postural, especialmente en tareas que requieren mayor control corporal. A pesar de ello, presenta buena marcha con base de sustentación adecuada, lo que le permite desplazarse sin dificultades. Demuestra habilidades motoras gruesas estables, evidenciando capacidad para correr y saltar con buen control.

En cuanto a la motricidad fina, el paciente presenta buen agarre; sin embargo, requiere continuar con el fortalecimiento de la coordinación fina, ya que aún se observa necesidad de mejorar esta área. Es capaz de lanzar objetos de diferentes formas, aunque muestra poca puntería. En actividades con balón, se evidencia un buen control al patear.

Funcionalmente, el paciente se desempeña de manera independiente en sus actividades de la vida diaria. Su actitud colaboradora y su capacidad de socialización permiten una adecuada participación durante la sesión terapéutica.

En conclusión, se trata de un paciente con neurofibromatosis tipo 1 que presenta habilidades motoras gruesas funcionales y buena capacidad de participación. Las áreas principales de intervención incluyen el fortalecimiento del equilibrio, la mejora de la propiocepción y el trabajo en motricidad fina para optimizar su desempeño motor y favorecer un mayor nivel de autonomía.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg. No. 11433

FONOAUDIOLOGIA

Paciente con diagnostico médico de neurofibromatosis tipo 1. Durante la sesión se muestra colaborador, mantiene adecuada interacción con el terapeuta y sigue órdenes simples. Presenta lenguaje comprensivo funcional para consignas básicas y participa activamente en las actividades propuestas. El lenguaje expresivo es funcional, con adecuada intención comunicativa y estructuración de frases sencillas. Se observa articulación comprensible con leves dificultades en la claridad de algunos fonemas. Mantiene contacto visual y habilidades pragmáticas acordes al contexto. Las funciones orofaciales se encuentran dentro de parámetros funcionales para el habla. Se recomienda continuar fortaleciendo la articulación, el lenguaje expresivo y las habilidades comunicativas para favorecer su desempeño escolar y social.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No. 6052

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente con diagnóstico médico de neurofibromatosis tipo 1. Durante la sesión se muestra colaborador, atento y con adecuada disposición al trabajo terapéutico. Realiza actividades de la vida diaria de manera funcional e independiente. Presenta desempeño motor funcional, con equilibrio regular y disminución de la propiocepción que afectan algunas tareas de mayor control postural. En motricidad fina evidencia buen agarre, con necesidad de fortalecer la coordinación y precisión manual. Participa activamente en las actividades propuestas y mantiene adecuada interacción con el terapeuta. Se recomienda intervención orientada al fortalecimiento del equilibrio, la propiocepción, la coordinación fina y la organización motora para optimizar su desempeño funcional.

Janneth Constanza Garnica L.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel basico, permitiendole expresar necesidades simples. La compresión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni simbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad.

Descripción del proceso académico y pedagógico:

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades ludico-recreativas, artisticas y de estimulacion integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, motrices, comunicativas y socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomia. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a rutinas pedagógicas y respuesta a los estimulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.

Observaciones pedagógicas: Proceso en evolución favorable.

Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias adaptadas.

Jeimy Karolina Cubides Moreno
Técnica laboral en preescolar.

Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 310 401 25 49 – 313 2937853
[illegible]

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Angie Cristina Carvajal Salazar
Documento de identidad: 1123562157
Edad: 12 años

PSICOLOGA

Se realiza valoracion en el area de psicologia a paciente femenina de 19 años, diagnosticada con Autismo Hipoacusia y déficit cognitivo. Al momento de la valoración se le percibe emocionalmente estable, de atención dispersa. Durante la evaluación, la paciente se presenta con adecuada higiene y aspecto acorde a su edad cronológica. Se muestra emocionalmente estable, con conducta generalmente colaboradora. No se observan indicadores de ansiedad, irritabilidad o alteraciones conductuales significativas.

De acuerdo con la observación clinica y el desempeño funcional, la paciente presenta un funcionamiento intelectual inferior al esperado para su edad, consistente con un Trastorno del Desarrollo Intelectual.

- Atención:
  Se evidencia dificultad en la atención sostenida y selectiva, con alta distractibilidad ante estimulos del entorno. Requiere redirección frecuente y apoyo constante para mantener el foco en la tarea.
- Memoria:
  La memoria inmediata y de reconocimiento se encuentra relativamente conservada cuando la información es presentada de manera visual y repetitiva. Se observan limitaciones en la memoria a corto plazo y en la adquisición de nueva información. La memoria a largo plazo se preserva parcialmente para rutinas previamente aprendidas.
- Funciones ejecutivas:
  Se identifican dificultades significativas en la planificación, organización, secuenciación de acciones, control inhibitorio y flexibilidad cognitiva. Presenta dependencia de guía externa para iniciar, sostener y finalizar actividades.
- Lenguaje y comunicación:
  La comprensión verbal se encuentra limitada, mostrando mejor desempeño ante instrucciones simples, concretas y apoyadas visualmente. La expresión verbal es reducida, predominando el uso de gestos, señalamientos y respuestas breves. Estas dificultades se ven influenciadas por la hipoacusia.
- Pensamiento y razonamiento:
  Se observa pensamiento concreto, con limitaciones en la abstracción, generalización y resolución de problemas. El procesamiento de la información es lento.

A nivel socioemocional, la paciente se muestra estable. La interacción social es limitada, con escasa iniciativa comunicativa y contacto visual intermitente, caracteristicas acordes al diagnóstico de Déficit cognitivo moderado

En el área adaptativa, presenta habilidades funcionales básicas adquiridas principalmente a través de rutinas estructuradas. La autonomía es parcial, requiriendo supervisión y acompañamiento en la mayoría de las actividades de la vida diaria.

Recomendaciones

1. Continuar con acompañamiento psicológico periódico, enfocado en el fortalecimiento de habilidades socioemocionales y de atención.
2. Implementar rutinas estructuradas y predecibles que faciliten la comprensión y disminuyan la dispersión atencional.
3. Utilizar apoyos visuales (imágenes, pictogramas, gestos) para favorecer la comprensión de instrucciones y actividades.
4. Trabajar en coordinación con fonoaudiología y terapia ocupacional para estimular la comunicación y la funcionalidad en actividades de la vida diaria.
5. Brindar instrucciones cortas, claras y secuenciales, verificando la comprensión antes de iniciar cada tarea.
6. Favorecer ambientes con pocos distractores y adecuados a sus necesidades sensoriales.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa. Durante la sesión se muestra colaboradora, obedece órdenes simples y mantiene una adecuada interacción con el terapeuta. Realiza sus actividades de la vida diaria de manera funcional, mostrando autonomía acorde a sus capacidades.

En la evaluación motora se observa falta de equilibrio y necesidad de mejorar la propiocepción, aspectos que influyen en su estabilidad durante tareas que requieren control postural. A pesar de ello, presenta una buena marcha con base de sustentación estable. Muestra habilidades motoras gruesas favorables: corre y salta con buena estabilidad y participa activamente en las actividades de desplazamiento.

En cuanto a la motricidad fina, se evidencia un buen agarre, aunque aún requiere reforzar la destreza fina para mejorar su precisión y coordinación. Es capaz de lanzar objetos de diferentes formas, aunque presenta poca puntería. En actividades con balón, demuestra buen control al patearlo.

Funcionalmente, la paciente muestra un buen nivel de participación y desempeño en su rutina diaria. Su actitud colaboradora y su adecuada socialización con el terapeuta favorecen el desarrollo de las sesiones y la ejecución de las actividades terapéuticas.

En conclusión, se trata de una paciente con capacidad diversa que conserva habilidades motoras gruesas estables y funcionales, con áreas prioritarias de intervención centradas en el equilibrio, la propiocepción y el fortalecimiento de la motricidad fina para optimizar su desempeño motor y fomentar una mayor autonomía.

Dr. Jefferson Andres Gomez Mendez
Fisioterapeuta
Reg. No. 11433

FONOAUDIOLOGIA

Usuaria de 19 años con diagnóstico de retraso mental moderado, quien ingresa a sesión en buenas condiciones generales, con adecuada presentación personal. Durante la sesión se muestra colaborativa, atenta y con buena disposición para la interacción comunicativa. Presenta lenguaje comprensivo funcional para consignas simples, con dificultad para seguir instrucciones de mayor complejidad. El lenguaje expresivo es funcional, con estructuración de frases sencillas y adecuada intención comunicativa. La articulación del habla es comprensible en contexto conocido. Se evidencian dificultades en atención sostenida, memoria verbal a corto y mediano plazo, las cuales influyen en la adquisición de nuevos aprendizajes. Mantiene habilidades pragmáticas básicas y adecuada interacción social. Se recomienda intervención fonoaudiológica enfocada en el fortalecimiento del lenguaje comprensivo, expresivo, atención y memoria verbal funcional.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No. 6502

TERAPIA OCUPACIONAL

La usuaria de 19 años ingresa a la sesion en buenas condiciones generales y con diagnóstico de retraso mental moderado. Presenta buen arreglo personal y mantiene adecuadas condiciones de higiene, realizando de manera totalmente independiente tanto la higiene mayor como la menor. En el ámbito de las actividades básicas de la vida

diaria se observa un desempeño funcional, autónomo e independiente, mostrando capacidad para llevar a cabo sus rutinas cotidianas sin requerir asistencia. Posee conocimiento de lateralidad, identificando correctamente derecha e izquierda, y utiliza la mano derecha como dominante, con un agarre trípode adecuado durante actividades de dibujo y escritura. Se evidencia buena motricidad fina y gruesa, lo que facilita su participación en tareas manipulativas y motoras. Actualmente asiste los días sábado a segundo grado, lo cual contribuye a su proceso de aprendizaje, y en sesión demuestra buena tolerancia a las actividades en mesa, manteniéndose participativa, con disposición y actitud colaborativa.

A nivel conductual y sensorial, la usuaria se muestra alerta, receptiva e interesada por los estímulos del entorno, interactuando de manera adecuada durante la sesión. En el área cognitiva se identifican dificultades en la atención sostenida, la concentración y la memoria a corto y mediano plazo, aspectos que afectan la adquisición de nuevos aprendizajes, la retención de información y la eficacia en la ejecución de tareas que requieren mayor complejidad. Asimismo, presenta dificultades para seguir instrucciones y no reconoce el valor del dinero, lo que representa una limitación en actividades instrumentales de la vida diaria. En conjunto, su desempeño ocupacional es favorable en el área de autonomía personal, aunque requiere apoyo y estrategias específicas para fortalecer sus funciones cognitivas y su independencia en actividades instrumentales.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuaria que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La

comprasión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni simbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación, frustracion y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad.

Sandra Milena Gutiérrez Ospina
Bachiller formador.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACIÓN INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Luisa Fernanda Castañeda Roa
Documento de identidad: 1031809773
Edad: 18 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración en el área de psicología a paciente femenina de 18 años, diagnosticada con déficit cognitivo moderado y graves dificultades en el lenguaje oral. Al momento de la valoración se le percibe Durante la evaluación, la paciente se presenta vigilante, con nivel de conciencia conservado. Mantiene adecuada presentación personal. El contacto visual es intermitente y la interacción se ve limitada por las dificultades en el lenguaje oral.

El estado de ánimo se observa reactivo, con manifestaciones emocionales asociadas a la frustración secundaria a la imposibilidad de expresar necesidades, ideas y emociones de forma verbal. El afecto es congruente con el contexto, de intensidad variable y escasa modulación.

Se evidencia compromiso global del funcionamiento cognitivo, acorde con un Trastorno del Desarrollo Intelectual moderado con:

Alteración de la atención sostenida y selectiva, con alta distractibilidad. Requiere constante estimulación y redirección para mantener el foco atencional.
Compromiso de la memoria a corto plazo y dificultades en la fijación y evocación de nueva información. La memoria a largo plazo se conserva de manera parcial para aprendizajes repetitivos y rutinas establecidos.
Se observan graves dificultades en el lenguaje expresivo, con producción verbal escasa, limitada estructuración sintáctica y vocabulario reducido. La comprensión verbal se encuentra disminuida, mostrando mejor desempeño ante consignas simples, concretas y apoyadas visualmente.
Pensamiento de tipo concreto, con limitaciones significativas para la abstracción, generalización y razonamiento complejo. El curso del pensamiento es lento, sin alteraciones formales.
Dificultades en planificación, organización, secuenciación de tareas y resolución de problemas, requiriendo guía externa constante.

La conducta se mantiene generalmente colaboradora, aunque se observan respuestas de evitación ante demandas cognitivas elevadas. Presenta dependencia funcional significativa para la ejecución de actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión y apoyo permanente.

El cuadro clínico es consistente con un Trastorno del Desarrollo Intelectual moderado, asociado a un trastorno grave del lenguaje oral, con repercusión significativa en los procesos cognitivos básicos, la comunicación funcional y el ajuste emocional.

La paciente presenta compromiso cognitivo y comunicativo significativo, con impacto directo en su funcionamiento adaptativo y emocional. Las limitaciones en el lenguaje oral constituyen un factor de riesgo para la regulación emocional y la interacción social, por lo que se considera necesario un abordaje terapéutico continuo e interdisciplinario.

Recomendaciones

1. Continuar con intervención psicológica y fonoaudiológica de manera regular, priorizando el desarrollo de comunicación funcional mediante sistemas aumentativos y/o alternativos.
2. Implementar rutinas estructuradas y ambientes predecibles, utilizando apoyos visuales y consignas simples para favorecer la atención y comprensión.
3. Brindar acompañamiento y psicoeducación a la familia/cuidadores, orientados al manejo de la frustración, refuerzo positivo y estimulación de la autonomía funcional.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

La paciente con capacidad diversa ingresa a la sesión caminando por sus propios medios, pero se observa que su marcha está acompañada de un patrón de movimiento donde siempre mantiene la vista en el piso, lo que refleja una falta de seguridad al desplazarse y una dependencia de la referencia visual para orientarse. Esta actitud sugiere una dificultad en la propiocepción y en la percepción espacial, lo que podría estar influyendo en su equilibrio, el cual aún es limitado. A pesar de contar con un patrón de marcha organizado, la paciente necesita trabajar en la mejora del equilibrio y la propiocepción para optimizar su control postural y reducir el riesgo de caídas.

La paciente no corre ni salta, lo que indica una falta de confianza y control en movimientos dinámicos, lo cual podría estar relacionado con la inestabilidad en su postura y en la coordinación motora gruesa. Al enfrentar obstáculos, se muestra cautelosa, pasando por ellos con cuidado, lo que es una muestra de su conciencia de sus limitaciones, pero también una señal de que debe continuar desarrollando su seguridad al realizar movimientos más complejos. En cuanto a la motricidad gruesa, la paciente demuestra capacidad para patear un balón, aunque con

poco control sobre el mismo, lo que refleja una integración imperfecta entre la motricidad gruesa y la coordinación.

A nivel de comunicación, la paciente sigue órdenes simples de manera efectiva, lo que facilita su participación en las actividades de la sesión. Sin embargo, su interacción con el profesional es limitada, ya que se muestra poco expresiva tanto facial como corporalmente, aunque se nota su disposición a colaborar con los ejercicios. En términos de autonomía, la paciente es capaz de realizar algunos de sus actividades cotidianas, aunque con dificultades, lo que sugiere que se necesita un trabajo mas focalizado en mejorar su funcionalidad diaria.

Respecto a la motricidad fina, se observa que la paciente tiene dificultad para realizar manipulaciones precisas, aunque puede coger objetos de diferentes formas. Sin embargo, no lleva a cabo lanzamientos de objetos, sino que los acomoda o los lleva a donde tiene que lanzarlos. Esto refleja una falta de coordinación y fuerza en los miembros superiores, que es necesario trabajar para mejorar su precisión y destreza en tareas cotidianas que requieran manipulación de objetos pequeños.

En conclusión, la paciente presenta un desempeño motor adecuado en algunos aspectos, pero con limitaciones en la seguridad y el control de los movimientos, especialmente en lo relacionado con el equilibrio, la propiocepción y la motricidad fina. Se recomienda un enfoque terapéutico centrado en el fortalecimiento del equilibrio, la mejora de la propiocepción, el desarrollo de la motricidad fina y el trabajo en la coordinación visomotora, con el objetivo de mejorar la autonomía y funcionalidad de la paciente en su vida diaria.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg. No. 11433

FONOAUDIOLOGIA

Paciente con capacidad diversa que durante la sesión se muestra colaboradora y receptiva a las actividades propuestas. Presenta comprensión funcional de ordenes simples, lo que permite su participación en tareas dirigidas. La expresión verbal es limitada, con escasa iniciativa comunicativa y reducida expresividad facial y corporal. Mantiene

interacción básica con el terapeuta, requiriendo estimulación constante para favorecer el intercambio comunicativo. El contacto visual es funcional pero intermitente. Las habilidades pragmáticas se encuentran disminuidas, evidenciándose dificultad para iniciar y sostener la comunicación. No se observan alteraciones evidentes en la articulación del habla. Se recomienda intervención fonoaudiológica orientada al fortalecimiento de la intención comunicativa, la expresión verbal, la comunicación funcional y las habilidades pragmáticas para favorecer su desempeño social y cotidiano.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No. 6582

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente con capacidad diversa que ingresa a sesión caminando de manera independiente, aunque presenta inseguridad durante la marcha, manteniendo la mirada fija en el piso, lo que evidencia dificultades en propiocepción, percepción espacial y equilibrio. No realiza carrera ni salto, mostrando bajo control en movimientos dinámicos. Presenta desempeño funcional limitado frente a obstáculos, abordándolos con cautela. En motricidad gruesa logra patear el balón con poco control. En motricidad fina manipula objetos de distintas formas, pero presenta dificultad en tareas de precisión y coordinación, así como en lanzamientos. Sigue órdenes simples y mantiene disposición para colaborar, aunque con baja iniciativa. Requiere apoyo para la realización de actividades cotidianas. Se recomienda intervención enfocada en el fortalecimiento del equilibrio, propiocepción, coordinación motora, motricidad fina y funcionalidad en actividades de la vida diaria.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Descripción del proceso académico y pedagógico:

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades lúdico-recreativas, artísticas y de estimulación integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, motrices, comunicativas y

socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomía. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a rutinas pedagógicas y respuesta a los estímulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.

Observaciones pedagógicas: Proceso en evolución favorable.

Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias adaptadas.

Jeimy Karolina Cubides Moreno
Técnico laboral en preescolar.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Juan Manuel Castrillón Muñoz
Documento de identidad: 1029990957
Edad: 16 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración en el área de psicología a paciente masculino de 16 años, con diagnóstico de Síndrome de Down. Presenta temperamento reservado, con buena funcionalidad general y adaptación a su entorno cotidiano, aunque se identifican dificultades cognitivas y limitaciones en el lenguaje expresivo y la articulación del habla. La comprensión verbal se encuentra preservada, respondiendo adecuadamente a instrucciones y consignas claras.

Durante la evaluación, el paciente se muestra emocionalmente estable, cooperativo y dispuesto a participar en las actividades propuestas, aunque con cierta timidez inicial. Mantiene atención intermitente, mejorando cuando las tareas se presentan de forma estructurada y apoyadas visualmente.

En el área cognitiva, se observan dificultades en procesos de atención sostenida, planificación y secuenciación de acciones, acorde con su diagnóstico. Sin embargo, muestra habilidades adaptativas funcionales, realizando de manera competente actividades rutinarias con supervisión mínima.

Respecto al lenguaje y comunicación, se identifican limitaciones en la expresión verbal, con pronunciación y fluidez reducidas, aunque logra transmitir ideas y necesidades básicas mediante gestos y apoyos verbales. La comprensión del lenguaje es buena, respondiendo correctamente a instrucciones verbales simples y complejas con apoyo contextual.

A nivel socioemocional, el paciente presenta una conducta estable, con interacción social respetuosa y adecuada, manteniendo interés por participar en dinámicas grupales y actividades guiadas. No se evidencian alteraciones de conducta significativas ni indicadores de desregulación emocional durante la valoración.

Paciente con Síndrome de Down, temperamento reservado, buena funcionalidad y comprensión verbal adecuada. Presenta dificultades cognitivas y limitaciones en la expresión verbal, con buen ajuste socioemocional y adaptativo, mostrando potencial para avances en comunicación y habilidades funcionales mediante intervenciones estructuradas y apoyo especializado.

Recomendaciones

Continuar con intervención psicológica y fonoaudiológica regular, enfocada en fortalecer la expresión verbal y habilidades comunicativas funcionales, utilizando apoyos visuales y estrategias de modelado.

Mantener rutinas estructuradas y predecibles, con instrucciones claras y secuenciales, para favorecer la atención sostenida y la comprensión de tareas.

Promover actividades de autonomía y habilidades adaptativas, brindando supervisión mínima y reforzando los logros mediante refuerzo positivo, para potenciar la funcionalidad cotidiana.

Dra. Emma Stella Ruiz R.
Fisiatra
RIPS-Salud Mental
Universidad Santo Tomás

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa, quien se muestra colaborador durante la sesión y obedece órdenes simples sin dificultad. Mantiene interacción adecuada con el terapeuta, logrando socializar durante las actividades y comunicarse de manera funcional cuando se le solicita. Aunque manifiesta disposición para participar, presenta falta de confianza y seguridad al iniciar algunas tareas motoras, especialmente aquellas que requieren mayor control postural.

Durante la valoración se observa disminución del equilibrio y de la propiocepción, lo cual afecta la estabilidad tanto en actividades estáticas como dinámicas. A pesar de estas dificultades, el paciente presenta una buena marcha, con desplazamiento funcional, aunque se identifican alteraciones posturales como pie plano, eversión de ambos pies y cabeza adelantada. Es capaz de correr sin mayores inconvenientes, mostrando adecuada movilidad global; sin embargo, presenta dificultad al intentar saltar, evidenciando limitaciones en la coordinación y en la potencia muscular. El paciente presenta sobrepeso, factor que puede influir en la ejecución de actividades de mayor demanda física y en el control postural.

En las actividades de coordinación visomotora, el paciente logra lanzar objetos de diferentes formas, pero no presenta puntería adecuada, reflejando dificultad en la integración entre visión y movimiento. En cuanto a los miembros superiores, se evidencia falta de fuerza, lo cual impacta su capacidad para realizar tareas que requieren mayor exigencia muscular. A pesar de ello, mantiene un buen agarre y manipula objetos con funcionalidad, aunque aún requiere mejorar la motricidad fina para lograr mayor precisión y control. Durante las actividades con balón, demuestra buena capacidad para patearlo con control, aplicando fuerza y dirección adecuadas.

En el desempeño funcional, el paciente realiza algunas actividades de la vida diaria de forma autónoma. Su participación durante la sesión es activa y constante, mostrando disposición para aprender y ejecutar las actividades propuestas.

En conclusión, el paciente presenta un perfil motor caracterizado por buena movilidad global y adecuada interaccion en actividades dirigidas, pero con deficit significativo en equilibrio, propiocepción, fuerza de miembros superiores, coordinación visomotora y motricidad fina. Las alteraciones posturales observadas, junto con la presencia de sobrepeso, pueden influir en su estabilidad y desempeño funcional. Se recomienda intervención fisioterapéutica orientada al entrenamiento de equilibrio, fortalecimiento de miembros superiores, estimulación de la motricidad fina e integración visomotora, con el objetivo de mejorar su seguridad, autonomía y desempeño en actividades de la vida diaria.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA

Motivo de evaluación: Evaluar las habilidades comunicativas, lingüísticas, funciones estomatognáticas y el desempeño funcional del paciente, con el fin de establecer diagnóstico fonoaudiológico, conclusiones y recomendaciones de intervención.
Desempeño comunicativo y social: Durante la sesión, el paciente se muestra colaborador y obedece órdenes simples sin dificultad. Mantiene interacción adecuada con sus pares y con el terapeuta, logrando socializar durante las actividades y comunicarse de manera funcional cuando se le solicita.
Se observa baja iniciativa comunicativa, especialmente en entornos no familiares, donde se muestra poco expresivo. La expresión verbal se da mediante frases sencillas y semicomplejas, con falencias en la estructura gramatical y imprecisiones en la articulación de palabras. Aunque manifiesta disposición para participar, presenta falta de confianza y seguridad al iniciar algunas actividades, especialmente aquellas que requieren mayor complejidad. Área de aprendizaje: Presenta vocabulario amplio y funcional. No lee ni escribe, evidenciándose limitaciones en los procesos de lectoescritura. Área funcional: En el desempeño funcional, el paciente realiza algunas actividades de la vida diaria de forma autónoma. Durante la sesión, su participación es activa y constante, mostrando disposición para aprender y ejecutar las actividades propuestas. Evaluación de órganos y funciones estomatognáticas: Labios: Labio superior normal; labio inferior voluminoso con leve hipotonía. Lengua: Normal, ancha, con leve alteración en el tono y la movilidad.
Respiración: Bucal. Maxilar inferior: Normal. Oclusión: Alteración de mordida abierta. Funciones orales: Masticación: Con la boca abierta, escaso movimiento masticatorio. Deglución: Funcional. Selectividad alimentaria: No presenta. Diagnóstico fonoaudiológico

Paciente masculino de 17 : años con retardo mental moderada, que presenta lenguaje oral funcional básico, caracterizado por el uso de frases sencillas y semicomplejas, con dificultades en la estructura gramatical y articulación, así como baja iniciativa comunicativa en contextos no familiares. Se evidencian alteraciones leves del sistema estomatognático que influyen en el patrón masticatorio.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No. 6052

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente masculino de 17 años con diagnóstico de retardo mental moderado. Durante la sesión se muestra colaborador y sigue órdenes simples. Mantiene interacción funcional con pares y terapeuta, aunque presenta baja iniciativa comunicativa en contextos no familiares. La expresión verbal se da mediante frases sencillas y semicomplejas, con dificultades en la estructura gramatical y la articulación. Presenta vocabulario amplio y funcional, sin procesos de lectoescritura consolidados. Realiza algunas actividades de la vida diaria de forma autónoma. A nivel orofacial se observa hipotonía leve en labio inferior, respiración bucal y mordida abierta. La masticación se realiza con boca abierta y escaso movimiento masticatorio. Se concluye lenguaje oral funcional básico con alteraciones leves del sistema estomatognático que influyen en la comunicación y la función oral.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atencion sostenida, memoria funcional y comprension de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de

actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinacion corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La compresión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni simbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad.

María Camia Baquero Villamizar
Bachiller Formadora.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACIÓN INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Yeferson Steven Chaparro Leal
Documento de identidad: 1031178037
Edad: 27 años

PSICOLOGA

Se valora en el área de psicología a Paciente Masculino, 28 años, Diagnóstico: Síndrome de Down. El paciente presenta dificultades para mantener la atención prolongada en tareas que requieren esfuerzo cognitivo, especialmente en actividades de lectoescritura, mostrando mayor concentración en actividades prácticas y sociales. Su memoria a corto plazo presenta limitaciones, lo que afecta la retención de información en procesos de aprendizaje, mientras que la memoria a largo plazo es funcional, especialmente para rutinas establecidas y experiencias significativas. Presenta dificultades en la resolución de problemas abstractos o que implican razonamiento matemático y lectoescritura, aunque en situaciones cotidianas aplica estrategias funcionales para solucionar problemas prácticos. Procesa la información de manera más efectiva cuando se le presenta de forma visual o mediante experiencias concretas, resultando desafiante la información verbal extensa. Es independiente y funcional, pero puede mostrar resistencia a cambios inesperados en sus rutinas, adaptándose progresivamente si se le anticipan los cambios y se le dan explicaciones claras.

A nivel Socioemocional maneja adecuadamente sus emociones, aunque puede frustrarse frente a dificultades en la lectoescritura, beneficiándose de estrategias para regular su respuesta emocional. Es sociable, voluntarioso y participa activamente en conversaciones y actividades grupales. Ha desarrollado estrategias funcionales para manejar la frustración, aunque en situaciones de alta demanda cognitiva puede requerir apoyo adicional. Expresa sus emociones de manera clara y comprende las emociones ajenas, lo que favorece interacciones sociales positivas.

En el entorno educativo, su actitud sociable le permite integrarse fácilmente con compañeros y docentes. Se han utilizado métodos visuales y manipulativos para facilitar la comprensión de la información, con éxito variable en lectoescritura, adaptándose bien a entornos estructurados con rutinas claras y apoyos visuales.
El paciente presenta un alto nivel de autonomía y organización en sus actividades diarias, siendo funcional e independiente en todas sus funciones cotidianas. Mantiene rutinas bien definidas y sigue instrucciones con facilidad, evidenciando hábitos consistentes que favorecen su desempeño en la vida diaria.

Recomendaciones

Mantener el uso de **apoyos visuales y materiales concretos** para facilitar la comprensión de instrucciones, especialmente en lectoescritura.

Continuar promoviendo **rutinas claras y estructuradas**, anticipando cambios para favorecer la adaptación.

Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 310 401 25 49 – 313 2937853
corporacionayudandoavivir@gmail.com

Fomentar la **autonomía y participación en actividades prácticas y sociales**, reforzando logros con refuerzos positivos inmediatos.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con diagnóstico médico de Síndrome de Down, quien durante la sesión se muestra colaborador y obedece órdenes simples, facilitando el desarrollo de las actividades terapéuticas. Mantiene una adecuada interacción social con el terapeuta, participando de manera activa y comunicativa durante la intervención. Realiza sus actividades de la vida diaria de forma funcional, mostrando independencia acorde a su nivel de desarrollo.

Durante la valoración motora, se evidencia que el paciente presenta poco equilibrio y requiere mejorar la propiocepción, lo cual afecta su estabilidad en actividades tanto estáticas como dinámicas. A pesar de estas limitaciones, presenta una marcha funcional con buena base de sustentación, permitiendo desplazarse sin alteraciones significativas. El paciente es capaz de correr y saltar, demostrando buena disposición y habilidades motoras gruesas, aunque su desempeño puede verse influenciado por la presencia de sobrepeso, que podría limitar su resistencia y control motor en acciones de mayor demanda física.

En las actividades de coordinación visomotora, se observa que el paciente logra lanzar objetos de diferentes formas, aunque presenta poca puntería, lo que refleja dificultad en la integración entre la vista y el movimiento. En cuanto a la función manual, mantiene un buen agarre y manipulación básica, pero aún requiere fortalecer la motricidad fina para mejorar la precisión y destreza en tareas que demandan mayor control. En actividades con balón, el paciente destaca por su capacidad para patearlo con buen control, logrando dirigir adecuadamente la acción.

En conclusión, el paciente presenta un perfil motor con habilidades preservadas en locomoción y acciones dinámicas como correr, saltar y patear el balón, mostrando buena base de sustentación y participación activa durante la sesión. Sin embargo, persisten dificultades en el equilibrio y la propiocepción, así como poca puntería en actividades visomotoras. Se recomienda continuar con un plan fisioterapéutico orientado al fortalecimiento del equilibrio, la propiocepción, la coordinación oculomanual y la motricidad fina, con el objetivo de potenciar su autonomía, precisión motora y desempeño funcional en sus actividades diarias.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg Nb 11433

FONOAUDIOLOGIA

Motivo de consulta: Seguimiento fonoaudiológico para fortalecimiento de habilidades comunicativas, lenguaje funcional, cognición comunicativa y funciones estomatognáticas.

ANTECEDENTES Y OBSERVACIÓN GENERAL: Paciente masculino de 27 años con diagnóstico de Síndrome de Down, quien asiste regularmente a la institución. Durante las sesiones se presenta colaborador, obediente ante órdenes simples y con buena disposición para participar en las actividades propuestas.

Mantiene interacción social adecuada con sus pares y el entorno, muestra interés por comunicarse y participar activamente. Realiza varias actividades de la vida diaria de forma autónoma, aunque aún requiere supervisión en tareas que implican mayor coordinación motora o demanda cognitiva. EVALUACIÓN DE HABILIDADES COMUNICATIVAS Y LENGUAJE: Aspectos expresivos: Habilidades comunicativas mixtas, combinando medios verbales y gestuales. Emplea frases cortas, de estructura sencilla. Discurso inarticulado, con imprecisiones fonéticas.

Vocabulario limitado: no logra narrar ni describir hechos, objetos o situaciones de manera espontánea. Presenta entonación melódica al cantar y utiliza el canto como medio de interacción social. Muestra interés afectivo hacia personas del sexo opuesto, lo expresa mediante canciones y dibujos. Aspectos pragmáticos: Intención comunicativa evidente, toma iniciativa para preguntar por objetos o temas de su interés. Utiliza el canto y expresiones afectivas como forma de interacción social.

Mantiene turnos conversacionales cortos, respondiendo con apoyo cuando es necesario. Comprensión y habilidades académicas: Comprende órdenes simples sin dificultad. Atención y concentración limitadas, con permanencia corta en actividades que requieren esfuerzo cognitivo. No lee ni escribe; transcribe palabras con apoyo visual y guía. Identifica grafemas vocálicos. EVALUACIÓN DE FUNCIONES ESTOMATOGNÁTICAS: Anatomía: Labios: superior delgado; inferior voluminoso con leve hipotonía. Lengua: engrosada, ancha, con alteración en tono y movilidad. Respiración: buco nasal. Funciones: Masticación: adecuada para todo tipo de consistencias. Deglución: funcional. Selectividad alimentaria: no presenta.

Hábitos orales: no se observan.

DIAGNÓSTICO FONOAUDIOLÓGICO: Trastorno del habla caracterizado por articulación y dificultades en precisión fonética, relacionadas con alteraciones miofuncional típicas del Síndrome de Down. Limitación en lenguaje expresivo, con vocabulario reducido y escasa estructuración de frases complejas; dificultad para describir y narrar. Alteraciones pragmáticas funcionales, con intención comunicativa presente, pero limitada por la complejidad del lenguaje. Dificultades en atención y concentración, lo que impacta el

aprendizaje y la permanencia en tareas prolongadas. Alteraciones miofuncional orofaciales, especialmente en labios y lengua (tono y movilidad). Dificultades en habilidades académicas básicas, con lectura y escritura no adquiridas: solo identifica grafemas vocálicos.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudiologa
Reg No.4052

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente masculino de 27 años con diagnóstico de Sindrome de Down. Durante la sesión se muestra colaborador, sigue órdenes simples y presenta buena disposición para participar. Mantiene adecuada interacción social con pares y terapeutas. Realiza actividades básicas de la vida diaria de forma autónoma, requiriendo supervisión en tareas de mayor complejidad. Presenta dificultades en atención y permanencia en actividades estructuradas. La motricidad gruesa es funcional. En motricidad fina se evidencian limitaciones en precisión y coordinación. Responde mejor a actividades repetitivas y estructuradas. Muestra actitud positiva y buena tolerancia a la actividad. Se recomienda intervención para fortalecer motricidad fina, atención funcional y autonomía en actividades instrumentales.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA
Descripción del proceso académico y pedagógico:

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades lúdico-recreativas, artísticas y de estimulación integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, motrices, comunicativas y socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el

seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomía. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a rutinas pedagogicas y respuesta a los estimulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.

Observaciones pedagógicas: Proceso en evolución favorable.

Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias adaptadas.

Jeimy Karolina Cubides Moreno
Técnico Laboral por competencias en preescolar

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Edgar Iván Cristancho Campo
Documento de identidad: 17346471
Edad: 54 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración en el área de psicología a paciente masculino de 54 años diagnosticado con Parálisis cerebral. Al momento de la valoración se le percibe alerta, orientado de forma global, reconoce su nombre y es capaz de responder preguntas sencillas, con intención comunicativa y relacionada con la terapeuta, muy funcional con algunas habilidades cognitivas conservadas, emocionalmente lábil.

Se realiza valoración en el área de psicología a un paciente masculino de 54 años con diagnóstico de parálisis cerebral. Durante la evaluación, el paciente se mostró alerta y orientado de forma global, evidenciando claridad para reconocer su nombre, el contexto y a las personas presentes. Mantiene intención comunicativa adecuada, pudiendo responder preguntas sencillas de manera coherente dentro de sus posibilidades funcionales.

En el área cognitiva, se observa que el paciente mantiene algunas habilidades conservadas, especialmente aquellas relacionadas con la comprensión básica, el reconocimiento de información familiar y la ejecución de rutinas conocidas. Su funcionamiento intelectual muestra un rendimiento funcional, permitiendo que pueda desenvolverse en actividades cotidianas con cierto grado de autonomía. Sin embargo, presenta limitaciones en tareas que requieren abstracción, memoria operativa o procesamiento rápido de información, lo cual es esperable dada su condición neurológica de base. Durante la valoración se observan dificultades en procesos como la atención sostenida, mostrando distracción ante estímulos externos y necesidad de redirección para mantener el foco en la tarea. La memoria operativa presenta limitaciones, reflejadas en su dificultad para retener y manipular información de manera inmediata, especialmente cuando se le presentan instrucciones con más de un paso.

El procesamiento de información se caracteriza por ser más lento de lo esperado, lo que influye en su capacidad para responder con rapidez o realizar tareas que requieren agilidad mental. También se detecta dificultad en el razonamiento abstracto, presentando problemas para interpretar conceptos simbólicos, relacionar ideas complejas o generar soluciones alternativas a situaciones nuevas.

En tareas que requieren planificación, organización y resolución de problemas, el paciente muestra dependencia del apoyo externo, logrando un mejor desempeño cuando las actividades están estructuradas, son concretas y cuentan con guía paso a paso. La flexibilidad cognitiva también se encuentra limitada, generando dificultades para adaptarse a cambios en la rutina o para modificar estrategias durante la ejecución de una actividad.

A pesar de estas limitaciones, el paciente conserva habilidades cognitivas funcionales, especialmente en actividades concretas, rutinarias y relacionadas con su experiencia cotidiana. Se observa adecuada memoria a largo plazo para información personal y eventos familiares, buena capacidad para identificar personas relevantes y adecuada comprensión de situaciones básicas del entorno.

A nivel emocional, se identificó labilidad afectiva, manifestando cambios de ánimo frecuentes ante estímulos o situaciones cotidianas. Esta variabilidad emocional puede influir en su interacción con el entorno y en la ejecución de actividades, especialmente cuando enfrenta demandas que percibe como desafiantes.

En cuanto al aspecto interpersonal, el paciente establece buena relación con la terapeuta, mostrando disposición al contacto social y adecuada apertura durante la evaluación. Su comportamiento es colaborador y respetuoso, manteniendo una actitud funcional dentro del contexto terapéutico.

En conjunto, el paciente presenta un perfil caracterizado por funcionalidad general preservada, habilidades cognitivas básicas mantenidas y una adecuada capacidad de comunicación, acompañadas de labilidad emocional que requiere seguimiento y estrategias de regulación para favorecer su estabilidad en distintos entornos.

Recomendaciones

Diseñar actividades breves, concretas y secuenciadas que permitan al paciente comprender instrucciones paso a paso. Usar apoyos visuales o verbales para reforzar la retención de información y facilitar la ejecución de tareas.

Implementar ejercicios de atención sostenida y memoria operativa mediante repetición, actividades rutinarias y práctica gradual de nuevas tareas. Favorecer la comprensión de conceptos mediante ejemplos concretos y familiarizados.

Incorporar pausas activas, ejercicios de respiración y apoyo verbal para disminuir la labilidad afectiva y facilitar la participación en actividades estructuradas. Establecer rutinas predecibles que reduzcan ansiedad ante cambios.

Fomentar la realización de tareas cotidianas bajo supervisión mínima, incrementando progresivamente la responsabilidad en actividades de autocuidado y pequeñas decisiones dentro del entorno.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con diagnostico medico de paralisis cerebral, quien se muestra colaborador, atento y con buena socialización durante la sesión. El paciente obedece órdenes simples y participa de manera activa en las actividades propuestas por el terapeuta.

En la evaluación motora se observa que presenta disminución del equilibrio y de la propiocepción, lo cual afecta el control postural en tareas estaticas y dinamicas. A pesar de ello, el paciente demuestra una buena marcha, con base de sustentación estable, además de habilidades motoras funcionales como correr y saltar sin mayores dificultades. El control dinámico también es adecuado en actividades que requieren desplazamiento.

En cuanto a la motricidad fina, el paciente evidencia buen agarre fino, manipulación adecuada y capacidad para lanzar objetos de diferentes formas con buena puntería. Asimismo, presenta buen control al patear un balón, demostrando coordinación y planeación motora efectivas.

En el desempeño funcional cotidiano, el paciente realiza algunas actividades de la vida diaria de forma independiente, aunque aún requiere apoyo parcial para tareas más complejas. Su actitud es colaboradora y mantiene un buen nivel de interacción con el terapeuta, lo que facilita el desarrollo de las sesiones.

En conclusión, se trata de un paciente con parálisis cerebral que conserva habilidades motoras gruesas y finas favorables, con buena movilidad y coordinación, presentando como principales áreas a trabajar el equilibrio y la propiocepción para mejorar su control corporal y su autonomía funcional.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA

Motivo de Intervención:Valoración y seguimiento fonoaudiológico orientado al análisis de habilidades comunicativas, lenguaje, cognición funcional y funciones estomatognáticas para determinar necesidades terapéuticas actuales.

Antecedentes Relevantes: Paciente con diagnóstico de parálisis cerebral, con compromiso leve a nivel cognitivo y dificultades en procesos de lectoescritura y razonamiento matemático. Evaluación del Lenguaje y la Comunicación: Lenguaje Expresivo: Emplea discurso oral fluido funcional y espontáneo. Realiza narraciones y cuenta anécdotas de manera organizada. Maneja tiempos verbales (presente, pasado y futuro). Describe de forma clara y coherente. Se evidencia adecuada estructuración de ideas y pertinencia comunicativa. Lenguaje Comprensivo: Comprende órdenes simples y complejas. Presenta dificultad en comprensión lectora, requiriendo apoyos para inferencias y análisis semántico. Lectoescritura:

Identifica grafemas básicos y vocales. Transcribe palabras y frases con buen nivel de precisión. Presenta dificultad en lectura fluida y en interpretación de textos.

Dificultad en operaciones matemáticas básicas, posiblemente asociada a compromiso cognitivo leve. Funciones Orofaciales y Estomatognáticas: No se observan alteraciones estructurales ni funcionales relevantes. Adecuada movilidad orofacial. Respiración funcional. Masticación y deglución sin dificultad. No presenta selectividad alimentaria.

Conducta Comunicativa y Socioemocional: Mantiene interacción social adecuada con pares y terapeuta. Actitud colaboradora, con buena disposición durante las actividades. Participa activamente y comprende el propósito de las tareas.

Desempeño Funcional: Realiza actividades de la vida diaria de forma independiente, con apoyo parcial para tareas que requieren mayor planificación, atención o razonamiento. Demuestra autonomía funcional y habilidades adaptativas coherentes con su nivel cognitivo.

Impresión Diagnóstica Fonoaudiológica: Se identifica trastorno leve de la cognición comunicativa, asociado a antecedente de parálisis cerebral, caracterizado por dificultades en comprensión lectora, procesos semánticos, razonamiento verbal y habilidades de lectoescritura. A nivel expresivo presenta comunicación funcional, coherente y eficaz. No se evidencian alteraciones en las funciones estomatognáticas.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No.xxxx

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente con diagnóstico de parálisis cerebral y compromiso cognitivo leve. Durante la sesión se muestra colaborador, atento y con buena disposición para participar. Realiza actividades de la vida diaria de manera independiente. Requiere apoyo parcial en tareas que demandan mayor planificación, atención y razonamiento. La motricidad gruesa y fina son funcionales para actividades cotidianas. Presenta dificultades leves en atención sostenida y resolución de problemas. Mantiene adecuada interacción social y comprensión

de las tareas. Participa activamente durante la sesión. Se recomienda intervención para fortalecer planificación, atención funcional y desempeño en actividades instrumentales.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La comprensión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni simbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad.

María Camia Baquero Villamizar
Bachiller Formadora.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Edilson Neymar Cubillos Linares
Documento de identidad: 1121947523
Edad: 10 años.

PSICOLOGA

Se realiza valoración en el área de psicología a paciente masculino de 10 años, diagnosticado con déficit cognitivo, presenta un patrón de atención deficitaria caracterizado por dificultad para mantener el foco en tareas, fácil distractibilidad y problemas para finalizar actividades de manera autónoma. La impulsividad es evidente en su comportamiento, con respuestas apresuradas sin reflexión previa y dificultades para respetar turnos en interacciones sociales. Su actividad motora es elevada, con movimientos constantes, inquietud y dificultad para permanecer sentado por periodos prolongados.

En el ámbito del lenguaje, se observan dificultades en la comprensión y expresión verbal. El paciente tiene problemas para estructurar oraciones complejas y expresar ideas de manera organizada. Su lenguaje receptivo es limitado, presentando dificultades para seguir instrucciones complejas y comprender conceptos abstractos. Además, se evidencian problemas en la articulación fonética y la fluidez verbal, lo que afecta su capacidad de comunicación efectiva.

En el desarrollo académico, muestra retraso en la adquisición de habilidades de lectoescritura y cálculo numérico, presentando dificultades para asociar fonemas con grafemas, segmentar palabras y reconocer patrones numéricos. La coordinación visomotora también se encuentra afectada, lo que impacta su destreza para la escritura. Dispersión marcada. Requiere constantes recordatorios para mantener el foco en una tarea. Dificultades en memoria de trabajo, especialmente en el almacenamiento y recuperación de información verbal. Procesamiento lento de la información, con tendencia a la rigidez cognitiva. Dificultades en la planificación y organización de tareas. Impulsividad en la toma de decisiones.

Recomendaciones

Mejorar la autorregulación emocional ante situaciones de frustración.

Incrementar la capacidad de atencion sostenida en tareas estructuradas y no estructuradas.

Fortalecer las habilidades sociales en contextos grupales.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa. Durante la sesión se muestra colaborador y obedece órdenes simples. Intenta socializar con el terapeuta; sin embargo, la comunicación no se logra comprender con claridad, lo que limita parcialmente la interacción funcional. Realiza algunas actividades de la vida diaria de manera independiente, requiriendo apoyo en tareas de mayor complejidad.

En la evaluación motora se observa poco equilibrio y mala propiocepción, factores que afectan la estabilidad corporal tanto en actividades estáticas como dinámicas. A pesar de ello, el paciente presenta buena marcha y mantiene una base de sustentación estable, logrando desplazamientos seguros. Es capaz de correr y saltar con estabilidad, demostrando habilidades motoras gruesas funcionales.

Respecto a la coordinación y habilidades manipulativas, el paciente muestra buen agarre y capacidad para lanzar objetos de diferentes formas, aunque sin puntería. Se evidencia la necesidad de mejorar la motricidad fina para optimizar la precisión y el control manual en actividades específicas.

En actividades con balón, el paciente patea con semicontrol, reflejando una coordinación aceptable, aunque aún susceptible de mejora.

En conclusión: Se trata de un paciente con capacidad diversa que presenta habilidades motoras gruesas conservadas, pero con limitaciones en equilibrio, propiocepción, precisión en actividades manipulativas y claridad en la comunicación. Las áreas prioritarias de intervención incluyen el fortalecimiento del equilibrio, la mejora de la propiocepción, el desarrollo de la motricidad fina y el apoyo en estrategias de comunicación funcional para favorecer un mejor desempeño y autonomía en actividades diarias.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg. No. 11433

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FONOAUDIOLOGIA

Paciente con capacidad diversa que durante la sesión se muestra colaborador y sigue órdenes simples. Presenta intención comunicativo e intenta socializar con el terapeuta; sin embargo, la comunicación verbal no es claro ni comprensible en su totalidad, lo que limita la interacción funcional. El lenguaje expresivo es poco inteligible, con dificultades en la articulación y organización del mensaje. El lenguaje comprensivo es funcional para consignas básicas. Mantiene contacto visual intermitente y habilidades pragmáticas limitadas. Requiere apoyo y modelado constante para facilitar el intercambio comunicativo. Se recomienda intervención fonoaudiológica orientada al fortalecimiento de la inteligibilidad del habla, la comunicación funcional y las habilidades pragmáticas para favorecer su autonomía y participación social.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No 6053

TERAPIA OCUPACIONAL

usuario con capacidad diversa que, durante las sesiones de terapia ocupacional, se muestra colaborador y responde a órdenes simples. Manifiesta intención de interacción social con el terapeuta; sin embargo, la comunicación verbal no resulta claramente comprensible, lo que limita parcialmente la interacción funcional. Realiza algunas actividades de la vida diaria de manera independiente, requiriendo apoyo en aquellas de mayor complejidad.

Desde el componente sensoriomotor, se evidencia disminución del equilibrio y alteración de la propiocepción, lo cual afecta la estabilidad corporal tanto en actividades estáticas como dinámicas. A pesar de estas dificultades, el usuario presenta una marcha funcional con base de sustentación estable, permitiendo desplazamientos seguros. Demuestra habilidades motoras gruesas funcionales, siendo capaz de correr y saltar con estabilidad.

En el área de coordinación y habilidades manipulativas, el usuario presenta agarre funcional y capacidad para lanzar objetos de diferentes formas, aunque con dificultad en la puntería. Se identifica la necesidad de fortalecer la motricidad fina para optimizar la precisión y el control manual en tareas específicas. En actividades con balón, patea con control parcial, evidenciando una coordinación aceptable susceptible de mejora.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Descripción del proceso académico y pedagógico:

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades lúdico-recreativas, artísticas y de estimulación integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, motrices, comunicativas y socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomía. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a rutinas pedagógicas y respuesta a los estímulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.

Observaciones pedagógicas: Proceso en evolución favorable.

Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias adaptadas.

Jeimy Karolina Cubides Moreno
Técnico laboral en preescolar.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: José Fernando Daza Reina
Documento de identidad: 1118531092
Edad: 21 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración psicológica de un paciente masculino de 19 años, con diagnósticos de Síndrome de Down, múltiples antecedentes patológicos y severo déficit cognitivo, quien presenta una dependencia total de su madre para la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria. A nivel cognitivo se observa un funcionamiento marcadamente limitado, con importante lentitud en los procesos de pensamiento, escasa comprensión de instrucciones simples, dificultades significativas en la atención sostenida y mínima capacidad para la resolución de problemas, requiriendo apoyos permanentes y supervisión continua.

En el plano conductual se identifica una **conducta oposicionista y desafiante**, caracterizada por resistencia frecuente a las indicaciones, episodios de irritabilidad y baja tolerancia a la frustración. De igual manera, se observan **comportamientos típicamente autistas**, como escaso contacto ocular, búsqueda reducida de interacción social, patrones repetitivos y dificultad para adaptarse a cambios en la rutina.

En el área socioemocional muestra dificultades para reconocer, expresar y regular sus emociones, respondiendo con reacciones desproporcionadas ante estímulos cotidianos o demandas ambientales. Su iniciativa es muy limitada, manteniéndose pasivo o dependiente para iniciar acciones. En cuanto al lenguaje, presenta expresión verbal muy reducida y poco funcional, apoyándose principalmente en gestos o conductas no verbales para comunicarse, y mostrando escasa comprensión de instrucciones aun cuando se simplifiquen.

A nivel funcional se evidencian limitaciones físicas generales, baja resistencia y escasa autonomía en el autocuidado, lo que refuerza su dependencia total y su necesidad de asistencia permanente para garantizar su seguridad y bienestar.

Recomendaciones

- Implementar rutinas altamente estructuradas, visuales y predecibles para disminuir oposición y ansiedad ante cambios.
- Fortalecer la comunicación mediante apoyos visuales, gestuales y sistemas alternativos.
- Aplicar intervenciones conductuales centradas en la reducción de la oposición y aumento de la cooperación mediante reforzos positivos.
- Brindar estimulación cognitiva simple y funcional, adaptada a su ritmo y capacidad.
- Acompañamiento familiar continuo, con orientación en manejo conductual, regulación emocional y promoción de autonomía básica dentro de lo posible.
- Supervisión permanente por salud física y mental debido a sus antecedentes patológicos y alto nivel de dependencia.

Dra. Emma Stella Ruiz R.
Fisiatra
RM 63-108 Meta
Universidad Santo Tomás

FISIOTERAPIA

Paciente con diagnóstico médico de síndrome de Down, quien durante la sesión se muestra con baja colaboración y responde de manera limitada a las órdenes simples. Su comunicación es reducida y se expresa principalmente mediante estereotipias, lo que dificulta la interacción funcional y la comprensión de sus necesidades durante la intervención.

En la valoración motora, el paciente presenta falta de equilibrio y disminución de la propiocepción, lo que genera dificultades para mantener la estabilidad postural tanto en actividades estáticas como en desplazamientos. La marcha se observa con amplia base de sustentación, pies en eversión y poca longitud del paso. El paciente no corre ni salta, aunque logra pasar obstáculos, demostrando un nivel de movilidad básica conservado, pero con control motor reducido.

En las actividades de coordinación, el paciente es capaz de lanzar objetos de diferentes formas, mostrando una puntería regular, con dificultades para coordinar el movimiento con el objetivo visual. La motricidad fina se encuentra relativamente conservada, con buen agarre fino que permite manipular objetos pequeños de forma funcional. Sin embargo, estas habilidades no compensan las limitaciones observadas en el control motor grueso y la planificación motora.

En el área funcional, el paciente depende de otra persona para realizar actividades de la vida diaria y tareas básicas cotidianas, debido a las limitaciones en equilibrio, propiocepción, coordinación y comunicación. La necesidad de apoyo constante también está relacionada con la baja respuesta a instrucciones y el nivel de colaboración variable.

En conclusión, el paciente presenta un perfil motor y funcional comprometido, caracterizado por alteraciones en el equilibrio, propiocepcion, patron de marcha, coordinación y comunicación, lo que repercute en su independencia y seguridad durante las actividades diarias. Se recomienda continuar con intervención fisioterapéutica orientada a mejorar el control postural, entrenamiento de equilibrio, reeducación de la marcha e integración sensoriomotora, además de trabajo interdisciplinario para abordar las dificultades comunicativas y conductuales presentes.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Mendez
Fisioterapeuta
Reg. No. 11433

FONOAUDIOLOGIA

Motivo de evaluación: Valorar las habilidades comunicativas, el desempeño funcional y las funciones estomatognáticas del paciente, con el fin de establecer diagnóstico fonoaudiológico, conclusiones y recomendaciones de intervención.
Desempeño comunicativo: El paciente presenta alto compromiso a nivel cognitivo y comunicativo. Su comunicación es reducida, expresándose principalmente mediante vocalizaciones inarticuladas y estereotipias, lo cual dificulta la interacción funcional, la expresión de necesidades y la comprensión de instrucciones. Durante la intervención, requiere apoyo total para la realización de actividades terapéuticas, debido a la baja respuesta a consignas y a un nivel de colaboración variable.
Área funcional: el paciente depende de otra persona para la realización de actividades de la vida diaria y tareas básicas cotidianas, debido a limitaciones en equilibrio, propiocepción, coordinación y comunicación. La necesidad de apoyo constante se asocia además a la baja comprensión de instrucciones. Evaluación de órganos y funciones estomatognáticas: Estructuras orofaciales y musculatura orofacial: Hipotonia generalizada. Labios y lengua: Tono y movilidad con alteración en movimientos y tono. Funciones Respiración: Ruco nasal. Masticación: Funcional
Deglución: Funcional, sin dificultad aparente. Selectividad alimentaria: No presenta.
Diagnóstico fonoaudiológico:
Paciente masculino de 21 años con síndrome de Down y retardo mental severo, que presenta alteración severa de la comunicación, caracterizado por ausencia de lenguaje verbal funcional y predominio de vocalizaciones inarticuladas y estereotipias. Requiere apoyo total para la comunicación y el desempeño funcional. Las funciones estomatognáticas se encuentran conservadas a nivel funcional, con presencia de hipotonía orofacial.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg No 6012

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente masculino de 21 años con diagnóstico de síndrome de Down y retardo mental severo.
Presenta alto nivel de dependencia funcional y compromiso cognitivo significativo,

Durante la sesión muestra baja respuesta a consignas y colaboración variable. Requiere apoyo total para la realización de actividades terapéuticas. Depende de un cuidador para las actividades básicas de la vida diaria. Se evidencian alteraciones en equilibrio, propiocepción y coordinación motora. Presenta hipotonia generalizada que afecta el control postural y la movilidad. La atención y comprensión de instrucciones se encuentran severamente limitadas. Participación funcional reducida durante las actividades. Se recomienda intervención enfocada en estimulación sensoriomotora y participación funcional con apoyo constante.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinacion general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La comprensión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni simbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo mostrando conducta de evitación frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad

María Camia Baquero Villamizar
Bachiller Formadora.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Juan Camilo Díaz Acosta
Documento de identidad: 1121871609
Edad: 17 años

PSICOLOGA

Paciente con diagnostico de sindrome de Down. Durante la sesion se muestra tranquilo, colaborador y receptivo. Presenta compromiso cognitivo acorde a su diagnóstico, con dificultades en atención, memoria y resolución de problemas. Comprende instrucciones simples y responde mejor a actividades estructuradas. Estado emocional estable, con adecuada adaptación al entorno terapéutico. Requiere acompañamiento constante para tareas nuevas o complejas. Se beneficia del refuerzo positivo y la repetición. Se recomienda intervencion psicologica orientada al fortalecimiento de habilidades adaptativas, atencion y regulación conductual.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con sindrome de Down que ingresa caminando de manera independiente. Presenta hipotonía generalizada y equilibrio disminuido, lo que afecta la estabilidad postural. La marcha es funcional, con base de sustentación amplia. Requiere fortalecimiento del control postural, coordinación y propiocepción. Realiza movimientos gruesos básicos con apoyo. Se recomienda intervención fisioterapéutica enfocada en equilibrio, fuerza, coordinación motora y movilidad funcional.

Dr. Jefferson Andres Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA

Paciente con sindrome de Down que presenta comunicación funcional básica. Comprende órdenes simples y muestra intención comunicativa. El lenguaje expresivo se caracteriza por frases cortas, con dificultades en articulación y estructuración gramatical. Se evidencian alteraciones orofaciales leves asociadas

a hipotonía. Mantiene interacción social básica con apoyo. Se recomienda intervención fonoaudiológica para fortalecer articulación, lenguaje expresivo, comprensión y comunicación funcional.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No 6852

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente con síndrome de Down que se muestra colaborador durante la sesión. Realiza algunas actividades de la vida diaria de manera independiente, requiriendo supervisión en tareas de mayor complejidad. Presenta dificultades en motricidad fina, planificación y atención sostenida. La motricidad gruesa es funcional con apoyo. Se beneficia de actividades estructuradas y repetitivas. Se recomienda intervención para fortalecer autonomía, motricidad fina, atención funcional y desempeño en actividades de la vida diaria.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Descripción del proceso académico y pedagógico:

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades lúdico-recreativas, artísticas y de estimulación integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, motrices, comunicativas y socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomía. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a

rutinas pedagógicas y respuesta a los estímulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.

Observaciones pedagógicas: Proceso en evolución favorable.

Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias adaptadas.

Jeimy Karolina Cubides Moreno
Técnico laboral en preescolar.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACIÓN INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Ana María García Díaz
Documento de identidad: 1192818885
Edad: 20 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración psicológica de una paciente femenina de 25 años con diagnóstico de Síndrome de Down, quien presenta además un déficit cognitivo moderado que afecta significativamente sus funciones de pensamiento, manifestando actitudes y respuestas supremamente lentas ante estímulos o instrucciones, junto con serias dificultades en las áreas de lenguaje, atención y memoria. La paciente asiste en buenas condiciones generales, mostrando disposición, amabilidad y una marcada tendencia a la sociabilidad, lo cual favorece su interacción con otros pese a sus limitaciones comunicativas. En el área cognitiva se evidencian dificultades en el procesamiento de información, en la retención y evocación de contenidos, así como en la capacidad para mantener la atención sostenida en tareas que requieren seguimiento de instrucciones o resolución de problemas; además, su pensamiento tiende a ser concreto, necesitando apoyos visuales y modelamiento constante. En cuanto al lenguaje, presenta expresiones verbales muy limitadas, con dificultades en la articulación, estructuración de frases y comprensión de mensajes complejos, dependiendo en gran medida de señalamientos, gestos y apoyos contextuales para comunicarse. A nivel socioemocional se observa tranquila, afectuosa y con buena disposición para participar en actividades grupales, mostrando conductas sociales adecuadas, aunque requiere más tiempo para adaptarse a nuevas dinámicas o cambios. En el área motora evidencia habilidades básicas conservadas, aunque su ejecución también puede ser lenta y requiere demostración previa. Su funcionamiento global indica la necesidad de un acompañamiento estructurado, progresivo y adaptado a su ritmo particular de respuesta.

Recomendaciones

Se recomienda mantener un proceso terapéutico centrado en la estimulación cognitiva mediante actividades concretas, visuales y de baja complejidad, realizadas a un ritmo pausado que respete sus tiempos de procesamiento; fortalecer el área del lenguaje a través de estrategias alternativas de comunicación como pictogramas, gestos, tableros visuales y frases cortas repetidas con apoyo verbal y gestual. Asimismo, se sugiere implementar rutinas predecibles que faciliten la autonomía y reduzcan la ansiedad ante cambios, reforzando gradualmente habilidades de autocuidado y toma de decisiones sencillas. Para mejorar atención y memoria, se recomiendan ejercicios breves y altamente estructurados que involucren repetición, señalización visual y tareas paso a paso. En el ámbito socioemocional, promover espacios de interacción supervisada que potencien sus habilidades sociales y refuercen su autoestima mediante actividades en las que pueda participar de forma exitosa. Finalmente, es fundamental la coordinación con la familia para garantizar coherencia en las estrategias de apoyo, así como la orientación continua a cuidadores sobre manejo, comunicación adaptada y establecimiento de límites claros y consistentes.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con diagnóstico médico de Síndrome de Down, quien durante la sesión se muestra colaboradora y obedece órdenes simples, facilitando el desarrollo de las actividades propuestas. Mantiene una adecuada interacción con el terapeuta, socializando y participando de manera funcional en las tareas. Realiza algunas actividades de la vida diaria de forma autónoma, aunque requiere supervisión en aquellas que demandan mayor control motor o equilibrio.

Durante la valoración física se evidencia disminución del equilibrio y de la propiocepción, lo que limita la estabilidad en actividades dinámicas. La marcha del paciente es funcional, con buena base de sustentación, aunque presenta pasos cortos característicos, lo que afecta la eficiencia del patrón de desplazamiento. El paciente también presenta sobrepeso, factor que puede contribuir a la fatiga y a la dificultad para ejecutar actividades que requieran mayor esfuerzo físico. Aunque logra correr, lo hace por cortos periodos y con menor velocidad que la esperada para su edad funcional, y no logra ejecutar saltos, mostrando limitaciones en la potencia muscular y en la coordinación.

En actividades de coordinación visomotora, el paciente logra lanzar objetos de diferentes formas, aunque con poca puntería, lo que refleja dificultades en la integración entre la visión y el movimiento. Presenta un buen agarre y manipulación básica de objetos; sin embargo, aún requiere mejorar la motricidad fina para lograr mayor precisión y destreza en tareas manuales. En actividades con balón, demuestra capacidad para patearlo, aunque con poco control en la dirección y la fuerza aplicada.

En conclusión, el paciente presento un perfil motor caracterizado por marcha funcional aunque con pasos cortos, buena base de sustentación y disposición a participar en la sesion, pero con limitaciones en equilibrio, propiocepcion, potencia y coordinacion visomotora. El sobrepeso y la imposibilidad de ejecutar saltos constituyen factores que influyen en su desempeño motor. Se recomienda un programa fisioterapéutico orientado al fortalecimiento del control postural, mejora del equilibrio y la propiocepcion, desarrollo de la motricidad fina y entrenamiento en habilidades motoras gruesas, con el objetivo de aumentar la autonomía funcional y el control en actividades dinámicas como correr y patear el balón.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg. No. 11433

FONOAUDIOLOGIA

Motivo de consulta: Seguimiento fonoaudiológico para fortalecimiento de habilidades comunicativas, lenguaje funcional y funciones estomatognáticas.
ANTECEDENTES Y OBSERVACIÓN GENERAL: Paciente femenina de 25 años, con Sindrome de Down, quien asiste de manera continua al programa institucional. Durante la evaluación se observa actitud colaboradora, adecuada disposición al trabajo terapéutico y buena interacción tanto con el terapeuta como con sus pares. Sigue instrucciones semicomplejas con mínima apoyo y participa funcionalmente en las actividades propuestas. Realiza algunas actividades de la vida diaria de manera autónoma, aunque requiere supervisión en aquellas que demandan mayor comprensión o mayor nivel de organización.
HABILIDADES COMUNICATIVAS Y DE LENGUAJE: comunicación funcional de tipo verbal. Discurso oral: inarticulado: presenta imprecisiones articulatorias y reducida inteligibilidad. Tipo de construcción lingüística: frases sencillas y semielaboradas. Vocabulario: limitado; no nombra ni describe situaciones de manera autónoma. Se apoya con gestos y señas espontáneas para complementar su comunicación. Comprensión: adecuada ante órdenes simples y semicomplejas con apoyo mínimo. Pragmática: mantiene interacción funcional, inicia contacto, socializa y participa activamente en las tareas.
EVALUACIÓN DE FUNCIONES ESTOMATOGNÁTICAS: Labios: superior delgado; inferior voluminoso con leve hipotonía. Lengua: engrosada, ancha, con alteración en tono y movilidad. Respiración: buco nasal. Funciones: Masticación: adecuada para todo tipo de consistencias. Deglución: funcional.
Selectividad alimentaria: no presenta. Hábitos orales nocivos: no se evidencian.
DIAGNÓSTICO FONOAUDIOLÓGICO: Trastorno del habla caracterizado por imprecisiones articulatorias secundarias a alteraciones en tono, movilidad lingual y estabilidad labial. Limitación en el lenguaje expresivo, evidenciada en vocabulario reducido, construcción de frases simples y dificultad para narrar y describir. Discurso inarticulado con necesidad de apoyo gestual para incrementar la inteligibilidad.
Alteraciones miofuncional orofaciales asociadas al Síndrome de Down (hipotonía, lengua engrosada, respiración bucо nasal).

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No. 6052

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

TERAPIA OCUPACIONAL

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Descripción del proceso académico y pedagógico:

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades lúdico-recreativas, artísticas y de estimulación integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, motrices, comunicativas y socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomía. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a rutinas pedagógicas y respuesta a los estímulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.

Observaciones pedagógicas: Proceso en evolución favorable.

Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias adaptadas.

Jaimy Karolina Cubides Moreno
Técnico Laboral por competencias en preescolar.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Paula Andrea Garcia Quiroga
Documento de identidad: 1123801771
Edad: 20 años

PSICOLOGA

La paciente es una joven de 20 años diagnosticada con síndrome de Down, con buen nivel de funcionalidad en actividades de la vida diaria. Posee lenguaje expresivo comprensible, aunque con limitaciones en la estructuración compleja del discurso. Presenta inhibidad emocional y tendencia a la conducta voluntariosa, lo que influye en su adaptación a contextos estructurados o ante demandas externas.

A nivel cognitivo, muestra dificultad en los procesos de aprendizaje formal, especialmente en tareas que involucran abstracción, secuencias extensas o razonamiento complejo. Buena memoria funcional en actividades prácticas y repetitivas. Conserva buena capacidad para resolver tareas cotidianas, especialmente aquellas previamente aprendidas. Sin embargo, presenta buen desempeño en actividades prácticas y funcionales.

A nivel adaptativo, demuestra autonomía en autocuidado, participación en tareas del hogar y manejo básico de su rutina diaria. En entornos organizados y con instrucciones claras, mantiene la atención y participa activamente, en especial cuando las actividades son de su interés o tienen un componente práctico (arte, cocina, dinámicas grupales). Alto nivel de autonomía en actividades de la vida diaria. Conducta voluntariosa: prefiere dirigir su propia actividad y puede oponer resistencia ante redirecciones

A nivel del lenguaje expresivo claro y comprensible, aunque limitado para narraciones extensas o explicaciones complejas. Buena capacidad para comprender instrucciones simples y moderadamente complejas. Interacción social funcional; expresa necesidades y opiniones de manera directa.

A nivel emocional, Afecto lábil, con variabilidad emocional dependiendo del nivel de frustración o de cambios inesperados. Puede presentar impulsividad emocional cuando se siente contrariada.

Recomendaciones

Establecer una rutina clara y predecible para las actividades terapéuticas, utilizando apoyos visuales e instrucciones verbales simples que faciliten la comprensión.

Implementar estrategias de anticipación, avisando con tiempo los cambios de actividad o de dinámica para disminuir reacciones emocionales impulsivas.

Favorecer un ambiente estructurado y con límites consistentes, permitiendo que la paciente entienda las expectativas desde el inicio y evitando confusiones que puedan incrementar su conducta voluntariosa.

Utilizar instrucciones concretas y paso a paso, reforzando la información verbal con demostraciones o material visual, especialmente en actividades nuevas o de mayor demanda cognitiva.

Incorporar actividades altamente motivantes (arte, cocina, dinámicas prácticas) como vía de enganche inicial, permitiendo mayor disposición, regulación emocional y participación.

Fomentar la expresión emocional y verbal, brindando espacio para que exprese sus opiniones, incomodidades o necesidades, y promoviendo un diálogo claro y afirmativo.

Dra. Emma Stella Ruiz R.
[illegible]

FISIOTERAPIA

Paciente con diagnóstico médico de síndrome de Down, quien durante la sesión se muestra colaboradora y obedece órdenes simples, permitiendo una adecuada participación en las actividades terapéuticas. Mantiene buena interacción con el terapeuta, socializando de manera funcional y demostrando disposición para ejecutar las tareas propuestas. Se observa que realiza sus actividades de la vida diaria con un nivel de autonomía acorde a su desarrollo.

Durante la valoración motora, se evidencia que el paciente presenta poco equilibrio y disminución de la propiocepción, lo que afecta su estabilidad en actividades dinámicas. Aun así, presenta una marcha funcional, con buena base de sustentación, aunque con postura caracterizada por cabeza y hombros adelantados, lo que sugiere un patrón postural que debe ser corregido para evitar compensaciones a largo plazo. El paciente corre y salta, mostrando participación activa en estas actividades, aunque lo hace con estabilidad regular, reflejando la necesidad de continuar trabajando el control postural y la coordinación global.

En actividades de coordinación visomotora, el paciente lanza objetos de diferentes formas, pero presenta poca puntería, lo que indica dificultades en la integración entre la visión y el movimiento. Su agarre es adecuado y funcional, aunque se identifica la necesidad de reforzar la motricidad fina para optimizar la precisión y destreza en tareas manuales específicas. En las actividades con balón, destaca su habilidad para patearlo con buen

control, demostrando adecuada coordinación de miembros inferiores y orientación espacial.

En conclusión, el paciente presenta un perfil motor caracterizado por buena disposición, autonomía en actividades de la vida diaria y habilidades funcionales en actividades dinámicas como correr, saltar y patear el balón. Sin embargo, persisten dificultades en el equilibrio, la propiocepción, la motricidad fina y la coordinación visomotora, junto con un patrón postural de cabeza y hombros adelantados que debe abordarse. Se recomienda intervención fisioterapéutico orientada a mejorar el control postural, el equilibrio, la propiocepción, la motricidad fina y la coordinación global, con el objetivo de potenciar su estabilidad, funcionalidad y desempeño en las actividades cotidianas

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg Mp 11433

FONOAUDIOLOGIA

Motivo de consulta: Seguimiento fonoaudiológico para fortalecimiento de habilidades comunicativas, lenguaje funcional y funciones estomatognáticas.
ANTECEDENTES Y OBSERVACIÓN GENERAL: Paciente femenina de 25 años, con Síndrome de Down, quien asiste de manera continua al programa institucional. Durante la evaluación se observa actitud colaboradora, adecuada disposición al trabajo terapéutico y buena interacción tanto con el terapeuta como con sus pares. Sigue instrucciones semicomplejas con mínimo apoyo y participa funcionalmente en las actividades propuestas. Realiza algunas actividades de la vida diaria de manera autónoma, aunque requiere supervisión en aquellas que demandan mayor comprensión o mayor nivel de organización.
HABILIDADES COMUNICATIVAS Y DE LENGUAJE: comunicación funcional de tipo verbal. Discurso oral: inarticulado; presenta imprecisiones articulatorias y reducida inteligibilidad. Tipo de construcción lingüística: frases sencillas y semielaboradas. Vocabulario: limitado, no narra ni describe situaciones de manera autónoma. Se apoya con gestos y señas espontáneos para complementar su comunicación. Comprensión: adecuada ante órdenes simples y semicomplejas con apoyo mínimo. Pragmática: mantiene interacción funcional, inicia contacto, socializa y participa activamente en las tareas.
EVALUACIÓN DE FUNCIONES ESTOMATOGNÁTICAS: Labios: superior delgado; inferior voluminoso con leve hipotonía. Lengua: engrosada, ancha, con alteración en tono y movimientos. Respiración: buco nasal. Funciones: Masticación: adecuada para todo tipo de consistencias. Deglución: funcional.
Selectividad alimentaria: no presenta. Hábitos orales nocivos: no se evidencian.
DIAGNÓSTICO FONOAUDIOLÓGICO: Trastorno del habla caracterizado por imprecisiones articulatorias secundarias a alteraciones en tono, movilidad lingual y estabilidad labial. Limitación en el lenguaje expresivo, evidenciada en vocabulario reducido, construcción de frases simples y dificultad para narrar y describir. Discurso inarticulado con necesidad de apoyo gestual para incrementar la inteligibilidad.

Alteraciones miofuncional orofaciales asociadas al Síndrome de Down (hipotonía, lengua engrosada, respiración buco nasal).

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg No 4862

TERAPIA OCUPACIONAL

La usuaria de 19 años, con diagnóstico de síndrome de Down, asiste a la sesión en buenas condiciones de salud y se presenta con adecuada higiene y presentación personal, se observa independencia para las actividades de higiene mayor y menor, así como un adecuado control de esfínteres, lo que favorece su autonomía en las actividades de la vida diaria.

Durante las actividades de motricidad fina y grafomotricidad, la usuaria demuestra un buen agarre, utilizando una pinza trípode funcional para la toma del lápiz. Realiza trazos dirigidos con buena precisión y colorea respetando los límites, evidenciando adecuados niveles de coordinación visomotora y control del movimiento.

En el ámbito cognitivo, la usuaria presenta habilidades para resolver sumas y restas simples, mostrando comprensión de operaciones básicas. Sin embargo, aún no reconoce el valor del dinero ni logra discriminar las denominaciones, por lo que requiere apoyo y estrategias pedagógicas para favorecer esta habilidad vinculada a la autonomía instrumental.

En general, la usuaria presenta un buen desempeño en actividades básicas de la vida diaria y en tareas de motricidad fina, manteniendo una participación activa y colaboradora. Se recomienda continuar el trabajo en habilidades funcionales relacionadas con el manejo del dinero y el fortalecimiento de conceptos matemáticos aplicados a situaciones cotidianas.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA
Descripción del proceso académico y pedagógico:

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades lúdico-recreativas, artísticas y de estimulación integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, motrices, comunicativas y socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomía. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a rutinas pedagógicas y respuesta a los estímulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.

Observaciones pedagógicas: Proceso en evolución favorable.

Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias adaptadas.

Jeimy Karolina Cubides Moreno
Técnico Laboral por competencias en preescolar

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Ángel David García Rozo
Documento de identidad: 1122925764
Edad: 17 años

PSICOLOGA

Se valora en el área de psicología paciente de 16 años, diagnosticado con Q909, con características como dificultades en los procesos cognitivos formales, alteraciones en las funciones ejecutivas, evidenciadas en dificultades en la planificación y organización de tareas, poca capacidad para estructurar y ejecutar actividades de manera eficiente, disfunción en la iniciativa, mostrando dependencia a instrucciones externas para iniciar y mantener la ejecución de tareas. Además, se identifican déficits en la atención sostenida, con una marcada tendencia a la distracción, lo que interfiere en la finalización de actividades. La flexibilidad cognitiva se encuentra comprometida, manifestándose en una resistencia significativa a cambios en las rutinas y dificultades para adaptar estrategias ante nuevas demandas. Asimismo, se evidencian fallas en el control inhibitorio, caracterizadas por respuestas impulsivas y dificultad en la autorregulación conductual.

El paciente presenta dificultades en la planificación y organización de tareas, con una capacidad limitada para estructurar y ejecutar actividades de manera eficiente. Se evidencia una disfunción en la iniciativa, mostrando dependencia de instrucciones externas para iniciar y mantener la ejecución de tareas. También presenta problemas en la atención sostenida, lo que afecta su rendimiento y la finalización de actividades.

El lenguaje expresivo no es adecuado en términos estructurales y se observa dificultad para organizar el discurso en función de la secuencia lógica de tareas. Su comprensión de instrucciones complejas es deficiente, especialmente cuando incluyen múltiples pasos o conceptos abstractos. Se identifica tendencia a respuestas impulsivas sin un

El paciente presenta dificultades en la regulación emocional, manifestando respuestas impulsivas ante situaciones de frustración o cambios en la rutina. Su tolerancia a la frustración es baja, y ante actividades percibidas como difíciles, tiende a evitar la tarea o manifestar conductas de oposición.

Recomendaciones

Se recomienda para el paciente de 16 años con diagnóstico Q909 implementar rutinas estructuradas apoyadas en agendas visuales, secuencias de pasos y recordatorios externos que faciliten la planificación, organización e inicio de tareas; trabajar en ambientes con pocos distractores, dividiendo las actividades en intervalos breves con pausas programadas para favorecer la atención sostenida; anticipar los cambios mediante apoyos visuales y explicaciones simples, introduciendo variaciones de forma gradual para mejorar la flexibilidad cognitiva; utilizar señales visuales como semáforos o tarjetas de "pausa" para apoyar el control inhibitorio, junto con estrategias de autorregulación como respiración

profunda y tiempos de calma; reforzar inmediatamente los comportamientos adecuados, promover el uso de lenguaje claro y concreto, y asegurar la consistencia entre familia, escuela y terapeutas para consolidar los avances y disminuir la dependencia de instrucciones externas.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa que ingresa a la sesión caminando por sus propios medios, presentando una buena marcha, funcional y organizada. Durante la valoración se evidencia la necesidad de continuar trabajando el equilibrio, ya que, aunque se desplaza de manera adecuada, aún requiere mayor control postural en situaciones dinámicas. La propiocepción se encuentra conservada, lo que favorece su desempeño motor general.

El paciente corre y salta con buena estabilidad, demostrando un adecuado control corporal y coordinación global. En las actividades con balón, patea de manera correcta y mantiene buen control del mismo, evidenciando una adecuada planificación y ejecución del movimiento. Obedece órdenes simples de forma apropiada y mantiene una interacción positiva con el profesional, lo que facilita el desarrollo de la sesión terapéutica.

En relación con la motricidad fina, se observa que requiere mayor estimulación y fortalecimiento, ya que, aunque logra coger objetos de diferentes formas y lanzarlos, presenta poca puntería, lo que indica dificultad en la precisión y coordinación visomotora fina. En el área funcional, el paciente realiza sus actividades de la vida diaria y las actividades básicas cotidianas de manera independiente, mostrando un buen nivel de autonomía.

En conclusión, el paciente presenta un desempeño motor funcional con habilidades conservadas en la marcha, la propiocepción, las actividades dinámicas y el control del balón. No obstante, se recomienda intervención fisioterapéutica enfocada en el fortalecimiento del equilibrio y el trabajo específico

de la motricidad fina, con el fin de optimizar su precisión motora y su desempeño funcional global.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA

Paciente con síndrome de Down que presenta comunicación funcional básica. Comprende ordenes simples y muestra intencion comunicativa. El lenguaje expresivo se caracteriza por frases cortas, con dificultades en articulación y estructuración gramatical. Se evidencian alteraciones orofaciales leves asociadas a hipotonía. Mantiene interacción social básica con apoyo. Se recomienda intervención fonoaudiológica para fortalecer articulación, lenguaje expresivo, comprensión y comunicación funcional.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudiologa
Reg No 4552

TERAPIA OCUPACIONAL Paciente con síndrome de Down que se muestra colaborador durante la sesión. Realiza algunas actividades de la vida diaria de manera independiente, requiriendo supervisión en tareas de mayor complejidad. Presenta dificultades en motricidad fina, planificación y atención sostenida. La motricidad gruesa es funcional con apoyo. Se beneficia de actividades estructuradas y repetitivas. Se recomienda intervención para fortalecer autonomía, motricidad fina, atención funcional y desempeño en actividades de la vida diaria.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Descripción del proceso académico y pedagógico:

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades ludico-recreativas, artisticas y de estimulacion integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, matrices, comunicativas y socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomia. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a rutinas pedagógicas y respuesta a los estimulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.

Observaciones pedagógicas: Proceso en evolución favorable.

Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias adaptadas.

Jeimy Karolina Cubides Moreno
Técnico Laboral por competencias en preescolar

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Deisy Milady Gómez Rodriguez
Documento de identidad: 1006820118
Edad: 25 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración en el área de psicología a una paciente femenina de 25 años, con diagnóstico de Síndrome de Down y secuelas compatibles con parálisis cerebral, que afectan de manera leve algunos aspectos motores, pero no limitan su desempeño funcional en la vida diaria. La paciente se presenta alegre, perceptiva y con comportamiento infantil, mostrando buena disposición para interactuar y participar en actividades terapéuticas.

En el ámbito cognitivo, se observan dificultades en la comprensión y ejecución de instrucciones complejas, rigidez cognitiva que limita la generación de soluciones alternativas y cierto retraso en la planificacion y organizacion de actividades. Aun asi, la paciente logra comprender y seguir instrucciones simples o estructuradas, especialmente cuando se apoyan con ayudas visuales y guía directa. Su atención se mantiene adecuada en tareas guiadas y de corta duración, aunque disminuye en actividades más largas o abstractas.

Respecto al desarrollo funcional, la paciente mantiene independencia en actividades sencillas, y sus limitaciones motoras no interfieren significativamente en la realización de tareas de la vida diaria. La motricidad fina y gruesa permite su participación activa, aunque algunas tareas que requieren mayor precisión pueden requerir supervisión leve.

En el ámbito emocional y social, la paciente presenta un perfil estable y positivo, con buena regulacion emocional, interaccion social adecuada y capacidad para distrutar de actividades grupales o individuales. Su estilo infantil contribuye a la expresión de emociones y facilita la relación con otros, sin evidencias de ansiedad o frustración ante cambios en el entorno.

En conclusión, la paciente presenta un perfil funcional con fortalezas en regulación emocional, interaccion social y disposicion positiva, mientras que mantiene areas de compromiso en procesos cognitivos superiores, planificación de actividades y flexibilidad en la resolución de problemas, que requieren estrategias estructuradas y apoyo guiado.

Recomendaciones

Mantener rutinas estructuradas y predecibles, presentando las actividades paso a paso para facilitar la comprensión y el aprendizaje.

Utilizar apoyos visuales y guia directa en tareas complejas o nuevas, promoviendo autonomia gradual sin generar frustración.

Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 310 401 25 49 – 313 2937853
corporacionayudandoavivir3@gmail.com

Fomentar la participación social y actividades grupales, aprovechando su disposición alegre y perceptiva para fortalecer habilidades de interacción y comunicación

Dra. Emma Stella Ruiz R.
Terapeuta
RPA 0018 Mosquera
Universidad de Cundinamarca

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa y diagnóstico médico de síndrome de Down asociado a antecedente de accidente cerebrovascular (ACV). Durante la sesión se muestra colaboradora y responde a órdenes simples, aunque su comunicación es limitada y se da principalmente mediante estereotipias. Realiza algunas actividades de la vida diaria, aunque de manera parcial y con necesidad de apoyo.

En la valoración motora se identifica un compromiso mayor del hemicuerpo izquierdo, evidenciando debilidad muscular generalizada, patrón flexor marcado en el miembro superior izquierdo e inestabilidad significativa en rodilla y tobillo izquierdo. La paciente presenta una marcha con pie en inversión, además de un adelantamiento excesivo del tronco al caminar, lo que altera el alineamiento postural y contribuye al cambio de su centro de gravedad. Estas compensaciones sumadas al déficit de equilibrio y la disminución de la propiocepción, incrementan notablemente el riesgo de caídas.

A pesar de las limitaciones descritas, la paciente logra desplazarse con apoyo y puede pasar obstáculos con ayuda, mostrando intención motora y capacidad de ajuste cuando se le proporciona guía. En actividades de coordinación, la paciente consigue lanzar objetos de diferentes formas, aunque sin puntería, reflejando dificultades en la integración visomotora. La motricidad fina se encuentra relativamente conservada, con buen agarre fino, lo que facilita la manipulación básica de objetos.

La paciente se mantiene colaboradora durante la intervención, aunque requiere supervisión constante por su inestabilidad y riesgo de pérdida del equilibrio. Su participación mejora cuando se emplean actividades sencillas y estructuradas, permitiendo un desempeño funcional dentro de sus posibilidades actuales.

En conclusión, la paciente presenta secuelas motoras y sensoriales asociadas a síndrome de Down y ACV, con compromiso mayor en el hemicuerpo izquierdo, alteraciones en el esquema corporal, inestabilidad postural, déficits de equilibrio y propiocepción y riesgo elevado de caídas. Sin embargo, conserva habilidades motoras funcionales como el agarre fino, la capacidad de lanzamiento básico y el desplazamiento asistido. Se recomienda

fisioterapia enfocada en control postural, fortalecimiento muscular del hemicuerpo izquierdo, reeducación de la marcha, entrenamiento de equilibrio y actividades que favorezcan la integracion sensoriomotora, con el fin de mejorar la seguridad, funcionalidad e independencia en su vida diaria.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA

Motivo de consulta: Seguimiento fonoaudiológico para fortalecimiento de habilidades comunicativas, lenguaje funcional y funciones estomatognáticos.

ANTECEDENTES Y OBSERVACIÓN GENERAL: Paciente femenina de 25 años, con Síndrome de Down, Accidente cerebrovascular, quien asiste de manera continua al programa institucional. Durante la evaluación se observa actitud colaboradora, adecuada disposición al trabajo terapéutico y buena interacción tanto con el terapeuta como con sus pares. Sigue instrucciones semicomplejas con mínimo apoyo y participa funcionalmente en las actividades propuestas. Realiza algunas actividades de la vida diaria de manera autónoma, aunque requiere supervisión en aquellas que demandan mayor comprensión o mayor nivel de organización. HABILIDADES COMUNICATIVAS Y DE LENGUAJE: comunicación funcional de tipo verbal, Discurso oral: inarticulado; presenta imprecisiones articulatorias y reducida inteligibilidad. Tipo de construcción lingüística: frases sencillas y semielaboradas. Vocabulario: limitado; no narra ni describe situaciones de manera autónoma. Se apoya con gestos y señas espontáneos para complementar su comunicación. Comprensión: adecuada ante órdenes simples y semicomplejas con apoyo mínimo. Pragmática: mantiene interacción funcional, inicia contacto, socializa y participa activamente en las tareas.

EVALUACION DE FUNCIONES ESTOMATOGNATICAS: Labios: superior delgado; inferior voluminoso con leve hipotonía. Lengua: engrosada, ancha, con alteración en tono y movimientos. Respiración: buco nasal. Funciones: Masticación: adecuada para todo tipo de consistencias. Deglución: funcional.

Selectividad alimentaria: no presenta. Hábitos orales nocivos: no se evidencian.

DIAGNÓSTICO FONOAUDIOLÓGICO: Trastorno del habla caracterizado por imprecisiones articulatorias secundarias a alteraciones en tono, movilidad lingual y estabilidad labial. Limitación en el lenguaje expresivo, evidenciada en vocabulario reducido, construcción de frases simples y dificultad para narrar y describir. Discurso inarticulado con necesidad de apoyo gestual para incrementar la inteligibilidad.

Alteraciones miofuncional orofaciales asociadas al Síndrome de Down (hipotonía, lengua engrosada, respiración buco nasal).

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No. 6052

TERAPIA OCUPACIONAL

La usuaria de 13 , con diagnostico de sindrome de Down y discapacidad cognitiva, ingresa en buenas condiciones de salud, presentando adecuada higiene y presentación personal. Se observa que la usuaria es dependiente en sus actividades de la vida diaria, requiriendo apoyo y supervisión para el desarrollo de tareas básicas de autocuidado.

Durante la sesión, se identifica que la usuaria posee un agarre funcional de elementos, lo que permite su participación en actividades manipulativas simples. La alimentación se mantiene acorde a su diagnóstico, siguiendo las indicaciones establecidas por su equipo tratante.

Las actividades realizadas en la sesión se enfocan principalmente en la estimulación sensorial, con el propósito de favorecer su regulación, atención y respuesta adaptativa frente a diversos estímulos. la usuaria si tolera puesto no identifica colores,formas,letras, sigue instrucciones sigue imágenes.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Descripción del proceso académico y pedagógico:

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades lúdico-recreativas, artísticas y de estimulación integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, motrices, comunicativas y socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomía. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a rutinas pedagógicas y respuesta a los estímulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.

Observaciones pedagogicas: Proceso en evolucion favorable.

Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias adaptadas

María Camia Baquero Villamizar
Bachiller Formadora.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Xiomara Paulina Gualteros
Documento de identidad: 1122918755
Edad: 21 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración en el área de psicología a paciente femenina de 21 años, diagnosticada con Síndrome Down. La paciente presenta dificultades en los procesos cognitivos formales, especialmente en la comprensión de instrucciones complejas. Aunque ha mostrado algunos avances, persisten problemas en tareas que requieren la aplicación de múltiples pasos o conceptos abstractos. En actividades que implican organización de información o toma de decisiones, suele necesitar apoyo adicional para estructurar su respuesta. Las instrucciones que incluyen elementos condicionales o secuencias extensas de pasos generan mayor dificultad y requieren guía directa.

Se evidencia una baja tolerancia a la frustración, lo que provoca resistencia ante actividades percibidas como desafiantes o poco motivadoras. Esta resistencia se manifiesta en conductas evasivas, irritabilidad, desmotivación y, en ocasiones, oposición activa a la tarea. Ante situaciones de alta exigencia, puede reaccionar con evitación total o desbordes emocionales, dificultando la continuidad del aprendizaje.

La paciente muestra volubilidad emocional y una marcada necesidad de autoafirmación. Su participación en actividades depende en gran medida de su percepción de control sobre las mismas. Puede reaccionar negativamente ante indicaciones directivas o críticas, prefiriendo tareas en las que se sienta cómoda o tenga cierto grado de autonomía en la toma de decisiones. En interacciones sociales, busca reafirmar su opinión, lo que puede derivar en dificultades para aceptar puntos de vista distintos o flexibilizar su pensamiento.

Recomendaciones

Presentar las tareas en pasos pequeños y claros, con apoyos visuales o verbales, para facilitar la comprensión y seguimiento.

Permitir que la paciente tome decisiones dentro de las actividades y asumir pequeñas responsabilidades, reforzando su sensación de control.

Incorporar pausas activas, respiración o técnicas de relajación, y reforzar logros con refuerzo positivo para manejar la frustración y mantener motivación.

Dra. Emma Stella Ruiz R.
Psicóloga
[illegible] Universidad [illegible]

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa. Durante la sesión se muestra colaborador, obedece ordenes simples y mantiene adecuada socializacion con el terapeuta. Realiza sus actividades de la vida diaria de manera funcional y acorde a sus capacidades.

En la evaluación motora se observa poco equilibrio y disminución de la propiocepción, factores que afectan el control postural en actividades estáticas y dinámicas. A pesar de ello, el paciente presenta una buena marcha y una base de sustentación estable, lo que le permite desplazarse con seguridad. Demuestra habilidades motoras gruesas como correr y saltar, aunque con estabilidad regular, influidas en parte por la presencia de sobrepeso.

En cuanto a las habilidades manipulativas, el paciente presenta buen agarre y capacidad para lanzar objetos de diferentes formas, con puntería regular. Se identifica la necesidad de potencializar la motricidad fina para mejorar la precisión y coordinación manual. Muestra disposición para actividades gráficas como dibujar y pintar, lo cual puede ser aprovechado terapéuticamente para fortalecer la destreza fina.

En actividades con balón, el paciente patea con buen control, evidenciando una adecuada coordinación entre los miembros inferiores y el control motor necesario para esta tarea.

En conclusión: Se trata de un paciente con capacidad diversa que presenta habilidades motoras gruesas funcionales, aunque con limitaciones en equilibrio, propiocepción y estabilidad dinámica. El sobrepeso también influye en su desempeño motor. Las áreas prioritarias de intervención incluyen el fortalecimiento del equilibrio, el desarrollo de la propiocepción, el trabajo dirigido a la motricidad fina y la mejora de la estabilidad en actividades dinámicas, con el fin de optimizar su desempeño funcional y su autonomía.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No. 11433

FONOAUDIOLOGIA

Paciente con síndrome de Down que presenta comunicación funcional básica. Comprende órdenes simples y muestra intención comunicativa. El lenguaje expresivo se caracteriza por frases cortas, con dificultades en articulación y estructuración gramatical. Se evidencian alteraciones orofaciales leves asociadas a hipotonía. Mantiene interacción

social básica con apoyo. Se recomienda intervención fonoaudiológica para fortalecer articulación, lenguaje expresivo, comprensión y comunicación funcional.

Dra. Claudia Patricia Bojarano
Fonoaudióloga
Reg. No. 4052

TERAPIA OCUPACIONAL

usuaria con capacidad diversa que durante las sesiones de terapia ocupacional se muestra colaboradora, responde a órdenes simples y mantiene adecuada interacción social con el terapeuta. Presenta un desempeño funcional en las actividades de la vida diaria acorde a sus capacidades.

En habilidades manipulativas, la usuaria presenta agarre funcional y capacidad para lanzar objetos de diferentes formas, con puntería regular. Se identifica la necesidad de potencializar la motricidad fina para mejorar la precisión y la coordinación manual. Muestra disposición para actividades gráficas como dibujar y pintar, lo cual representa un recurso terapéutico favorable para el fortalecimiento de la destreza fina.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Descripción del proceso académico y pedagógico:

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades lúdico-recreativas, artísticas y de estimulación integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, motrices, comunicativas y socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomía. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a rutinas pedagógicas y respuesta a los estímulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.

Observaciones pedagógicas: Proceso en evolución favorable.

Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias adaptadas.

Sandra Milena Gutiérrez Ospina
Bachiller formador.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Santiago Guzmán Barros
Documento de identidad: 1122521660
Edad: 15 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración en el área de psicología de paciente masculino9 de 16 años, diagnosticado con Discapacidad cognitiva severa con alteraciones del comportamiento El paciente presenta serias dificultades en los procesos cognitivos básicos y superiores. Se observa limitada, con escasa capacidad para mantenerse en tareas estructuradas. Dificultades en la retención de información nueva, requiriendo constante repetición y refuerzo. Lentitud en el reconocimiento de patrones y conceptos abstractos. No logra inferir soluciones alternativas ante dificultades simples. Limitada, con mayor éxito en el procesamiento de información concreta y visual. La ausencia de lenguaje oral interfiere en la comprensión de instrucciones y en la comunicación de sus necesidades, lo que puede intensificar conductas disruptivas como forma de expresión.

El paciente presenta dificultades marcadas en la interacción social y muestra patrones de conducta disruptiva, tales como:

Golpea, empuja y quita objetos sin respetar turnos o normas.

Se altera con facilidad ante cambios en la rutina o cuando no logra obtener lo que desea.

No comprende el "no" ni las normas de convivencia, lo que dificulta su adaptación a contextos grupales.

Actitud escapista, Evita situaciones estructuradas, intentando salir del área de trabajo o distraerse con estímulos irrelevantes.

Su falta de estrategias de autorregulación y su comunicacion limitada favorecen la aparición de crisis de conducta.

Es emocionalmente lábil, resenta cambios de ánimo repentinos, con reacciones exageradas ante pequeños estímulos negativos.

Escasa conciencia de sus dificultades, no identifica las consecuencias de sus actos ni reconoce cuando sus acciones afectan a otros.

No cuenta con estrategias adaptativas para el manejo del estrés o la ansiedad

Recomendaciones

Importante resaltar que el manejo individual terapéutico es mucho más recomendable por su condición y comportamiento.

Implementar estrategias de pausa activa y respiración profunda antes de la aparición de conductas disruptivas.

Aplicar el uso de pictogramas o tarjetas visuales para anticipar cambios y minimizar reacciones de frustración.

Reforzar conductas de autorregulación con incentivos inmediatos (refuerzo positivo).

Implementar el uso de una "zona de calma" con acceso regulado para ayudarle a recuperar el control antes de una crisis

Dra. Emma Stella Ruiz R.
Psicóloga
RPAS Salud Mental
Universidad Santo Tomás

FISIOTERAPIA

Paciente con diagnóstico médico de déficit cognitivo grave, quien durante la sesión se muestra con muy baja colaboración y sin respuesta a órdenes simples. La comunicación es limitada y se realiza principalmente mediante estereotipias, lo que dificulta la interacción terapéutica, la comprensión de indicaciones y el desarrollo fluido de las actividades programadas.

En la valoración motora se observa que el paciente presenta falta de equilibrio y disminución marcada de la propiocepción, lo que afecta significativamente su control postural y aumenta el riesgo de caídas durante la movilidad. La marcha se caracteriza por un patrón en punta de pie y poca longitud de paso, generando un desplazamiento inestable y poco eficiente. El paciente puede correr en cortas distancias, aunque con riesgo elevado de pérdida de equilibrio debido al patrón motor alterado y la escasa percepción corporal.

En cuanto a la manipulación y coordinación, el paciente toma objetos de diferentes formas, mostrando un buen agarre con las manos, pero no realiza lanzamientos. Su comportamiento se orienta principalmente a llevar los objetos a la boca, evidenciando dificultades en la función exploratoria adecuada, así como posibles alteraciones sensoriales y de integración motora.

En el área funcional, el paciente es capaz de realizar algunas actividades de la vida diaria, aunque con supervisión constante y apoyo parcial, debido a sus limitaciones cognitivas, motrices y sensoriales. Su participacion en las actividades de la sesion es minima, lo que limita el avance terapéutico y requiere estrategias especificas para fomentar la atención conjunta y la disposición a la participación.

En conclusion, el paciente presenta un cuadro caracterizado por deficit cognitivo grave, con alteraciones importantes en equilibrio, propiocepcion, patron de marcha, comunicación y coordinación motora. Estos factores repercuten directamente en su autonomia y seguridad funcional. Se recomienda un abordaje fisioterapéutico orientado a mejorar el control postural, trabajar la integracion sensorial, favorecer patrones motores mas seguros y promover la participación progresiva en actividades funcionales, idealmente bajo un enfoque interdisciplinario que aborde tanto los aspectos cognitivos como los motores y conductuales.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA

MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES: Santiago es un paciente masculino de 16 años quien asiste a programa permanente en la institución "AYUDANDO A VIVIR", en el marco de un programa de la Gobernación. El paciente presenta antecedentes de discapacidad cognitiva, con diagnósticos médicos de déficit cognitivo grave y parálisis cerebral. Estos antecedentes condicionan sus habilidades funcionales, comunicativas y su comportamiento general, requiriendo supervisión constante y apoyo parcial para las actividades de la vida diaria (AVD).
Observaciones Conductuales y funcionales: Durante la sesion de fonoaudiologia, el paciente presenta inquietud motora permanente y una muy baja colaboración. No responde a órdenes simples, lo cual limita significativamente la interaccion terapéutica y la comprensión de indicaciones. Su disposición a participar en las actividades programadas es mínima, lo que dificulta el desarrollo fluido de la sesión. Aspectos Conductuales Notables: Se altera con frecuencia ante ruidos y sonidos específicos. Muestra baja tolerancia a comandos negativos. Manifiesta alegría mediante sonrisas y el gesto de "mandar besos". Área de Comunicación y Lenguaje: La comunicación de Santiago es limitada y rudimentaria, orientada principalmente a expresar estados de ánimo o llamar la atención, más que a transmitir información compleja o intencional. Características Observadas: Expresión: Emite sonidos silábicos nasalizados y utiliza sonidos vocálicos para llamar la atención. La comunicación predominante se basa en estereotipias verbales. Comprensión: Nivel de comprensión de lenguaje receptivo muy bajo; no responde a órdenes simples, lo que sugiere un déficit significativo en el procesamiento de información

verbal. Área Motricidad Oral y Alimentación (Deglución/Masticación). Se observa hipotonía generalizada en los órganos articulatorios y masticatorios, lo cual impacta directamente en las funciones orales y la alimentación. Hallazgos Funcionales: Masticación: Presenta dificultades severas en la masticación. Amasa los alimentos con la lengua y realiza pocos movimientos masticatorios. Selectividad: dificultad en alimentos sólidos, escape de alimentos líquidos y semilíquidos. Control Salivar: Poco control de la saliva (sialorrea), la cual se incrementa notablemente durante la alimentación y la actividad física. Diagnóstico fonoaudiológico: Paciente con trastorno severo del neurodesarrollo que afecta las áreas de comunicación, lenguaje, motricidad orofacial y funcionalidad global, secundario a déficit cognitivo grave y parálisis cerebral. Se evidencia un perfil de comunicación presimbólica y disfagia (dificultades en la masticación y control salivar).

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
[illegible]

TERAPIA OCUPACIONAL

Beneficiario que presenta diagnóstico de déficit cognitivo grave y parálisis cerebral, condiciones que impactan significativamente su desempeño funcional y requieren supervisión constante y apoyo parcial en las actividades de la vida diaria.

Durante la sesión se observa inquietud motora constante, baja tolerancia a la actividad estructurada y mínima colaboración, lo que dificulta el seguimiento de consignas. No responde a órdenes simples y presenta hipersensibilidad a estímulos auditivos, alterándose ante ruidos específicos. Muestra expresiones emocionales básicas, como sonrisas y gestos afectivos, las cuales utiliza como medio de interacción.

A nivel sensoriomotor, se evidencian dificultades en la autorregulación, el control postural y la planificación motora, lo que limita su participación funcional. En las actividades de la vida diaria presenta dependencia parcial a total, especialmente en alimentación, higiene y vestido, requiriendo guía física y supervisión permanente.

Desde terapia ocupacional se identifica un desempeño ocupacional severamente limitado, con perfil sensorial desregulado y bajo nivel de participación funcional. Se recomienda intervención orientada a la regulación sensorial, el fortalecimiento del control postural, la estructuración de rutinas, la facilitación de la participación en AVD y el uso de estrategias de apoyo visual y físico para favorecer su funcionalidad y bienestar.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento lopes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La compresión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni simbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitacion, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad

Sandra Milena Gutiérrez Ospina
Bachiller formador.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Rusbel David Luna Monsalve
Documento de identidad: 1121870793
Edad: 16 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración en el área de psicología a paciente masculino de 16 años, con diagnóstico de déficit cognitivo. Durante la evaluación, se observa que el paciente socializa de manera limitada de forma espontánea, aunque es capaz de manifestar sus necesidades e inconformidades tanto de manera verbal como gestual.

Al momento de la valoración, el paciente se percibe cooperativo y emocionalmente estable, con actitud generalmente tranquila y disposición a participar en las actividades propuestas, aunque requiere cierta motivación externa para iniciar la interacción. Mantiene contacto visual intermitente y responde de manera adecuada a consignas simples y apoyadas visualmente o verbalmente.

En el área cognitiva, se evidencian dificultades en la atención sostenida, memoria a corto plazo y procesos de planificación y organización. El ritmo de procesamiento de la información es lento, requiriendo repeticiones y apoyo constante para completar tareas nuevas o complejas.

Respecto al lenguaje y la comunicación, presenta habilidades funcionales para expresar necesidades, preferencias y discontormidades mediante el uso de palabras simples, gestos y señalamientos. La comprensión verbal se encuentra preservada, respondiendo correctamente a instrucciones directas y contextualizadas.

A nivel socioemocional, el paciente muestra un ajuste emocional adecuado, sin signos de desregulación importante. Su interacción social es limitada, participando principalmente cuando se le motiva y con supervisión directa. Las conductas adaptativas básicas se encuentran parcialmente desarrolladas, necesitando apoyo para la ejecución de actividades rutinarias o complejas.
Paciente con déficit cognitivo, con interacción social limitada y habilidades funcionales de comunicación preservadas. Presenta dificultades cognitivas moderadas, con buena comprensión verbal y capacidad para expresar necesidades, aunque requiere apoyo constante para el desarrollo de tareas complejas y participación social espontánea.

Recomendaciones

1. Continuar con intervención psicológica regular, enfocada en el desarrollo de habilidades cognitivas básicas, atención sostenida y planificación de tareas, utilizando apoyos visuales y consignas simples.

2. Fomentar la comunicación funcional y la expresión de necesidades y emociones mediante estrategias verbales y gestuales, reforzando cada intento de interacción con refuerzo positivo.
3. Promover la socialización guiada en contextos estructurados, motivando la participación en actividades grupales y rutinas diarias, con supervisión y acompañamiento según sea necesario.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa, quien se muestra colaborador durante la sesión y obedece órdenes simples sin dificultad. Aunque no socializa de manera espontánea con el terapeuta, logra expresar lo que hace y lo que siente cuando se le solicita, manteniendo comunicacion funcional para el desarrollo de las actividades.

Durante la valoración se observa que el paciente presenta poco equilibrio y disminución de la propiocepción, lo que afecta el control postural en actividades tanto estáticas como dinámicas. A pesar de ello, demuestra una buena marcha con base de sustentación estable, sin patrones compensatorios significativos. Es capaz de correr y saltar, mostrando buena disposición motora, aunque requiere supervisión por su estabilidad reducida.

En las actividades de coordinación visomotora, el paciente logra lanzar objetos de diferentes formas, aunque en este caso no presenta puntería adecuada, lo cual refleja dificultad en la integración entre visión y movimiento. Por el contrario, la motricidad fina se encuentra conservada, con buen agarre fino, permitiendo manipular objetos sin dificultad. En actividades con balón, destaca su capacidad para patearlo con control, mostrando precisión en la dirección y fuerza aplicada.

En cuanto al desempeño funcional, el paciente realiza algunas actividades de la vida diaria de manera autónoma, aunque aún requiere supervisión parcial para tareas que demandan mayor equilibrio o control motor.

En conclusión, el paciente presenta un perfil motor con buena movilidad global, capacidad para ejecutar movimientos dinámicos y adecuada motricidad fina, pero con déficit notable en equilibrio, propiocepción y coordinación visomotora al lanzar objetos. Se recomienda intervención fisioterapéutica orientada al entrenamiento de equilibrio, actividades de integración visomotora y fortalecimiento del control postural, con el objetivo de mejorar su autonomía y seguridad en las actividades diarias.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Mendez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA

Paciente masculino de 16 años que asiste a programa permanente en la Institución Ayudando a Vivir. Durante la sesión presenta inquietud motora constante y muy baja disposición para la participación. No responde a órdenes simples, lo que limita la interacción terapéutica. La comunicación es reducida y básica, orientada principalmente a la expresión de estados emocionales y búsqueda de atención. Emite sonidos vocálicos y silábicos nasalizados, predominando estereotipias verbales. La comprensión del lenguaje receptivo es muy limitada. A nivel orofacial se observa hipotonía generalizada, con dificultades significativas en la masticación, control salivar y manejo de alimentos sólidos y líquidos. Requiere apoyo constante durante la sesión. Se sugiere intervención orientada al fortalecimiento de la comunicación funcional, la estimulación orofacial y el acompañamiento en procesos de alimentación.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg No 4052

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente masculino de 16 años que asiste a programa permanente en la institución Ayudando a Vivir. Durante la sesión se observa inquietud motora permanente, baja tolerancia a actividades estructuradas y mínima colaboración. Presenta hipersensibilidad a estímulos auditivos y baja respuesta a consignas. Muestra dependencia parcial a total en actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión y guía física constante. Se evidencian dificultades en autorregulación, control postural y planificación motora. Utiliza expresiones emocionales básicas como medio de interacción. Requiere intervención orientada a la regulación sensorial, estructuración de rutinas, fortalecimiento del control corporal y facilitación de la participación funcional en actividades cotidianas.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA
Descripción del proceso académico y pedagógico:

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades lúdico-recreativas, artísticas y de estimulación integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, motrices, comunicativas y socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomía. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a rutinas pedagógicas y respuesta a los estímulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.

Observaciones pedagógicas: Proceso en evolución favorable.

Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias adaptadas.

Jeimy Karolina Cubides Moreno
Técnico laboral en preescolar.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Enoc Martinez Castillo
Documento de identidad: 1029961600
Edad: 14 años

PSICOLOGA

Se valora paciente masculino de 15 años, diagnosticado con retraso mental moderado, quien presenta un funcionamiento intelectual significativamente por debajo del esperado para su edad, evidenciando limitaciones importantes en el razonamiento, la resolución de problemas, la comprensión de instrucciones y el aprendizaje de habilidades académicas básicas. Estas dificultades se acompañan de un marcado compromiso en el área del lenguaje, manifestado en un repertorio verbal muy reducido, dificultades para estructurar frases comprensibles y limitaciones notorias en la expresión y comprensión verbal, lo que afecta de manera directa su capacidad para comunicarse de forma funcional y participar adecuadamente en interacciones sociales.

A nivel adaptativo, se observan debilidades en habilidades conceptuales, sociales y prácticas, requiriendo supervisión constante para la realización de tareas cotidianas y para la regulación de su conducta. El paciente muestra, asimismo, un ritmo de procesamiento lento, respuestas simples y dependencia de apoyos visuales o demostrativos para comprender actividades. En conjunto, estos indicadores confirman un desarrollo global comprometido que requiere intervenciones especializadas y un entorno educativo y familiar altamente estructurado para favorecer su funcionamiento y bienestar.

Recomendaciones:

Mantener un proceso terapéutico centrado en estimulación cognitiva, habilidades adaptativas y fortalecimiento de la autorregulación emocional y conductual.

Implementar sesiones regulares con un fonoaudiólogo/logopeda para trabajar articulación, comprensión verbal, comunicación funcional y uso de apoyos alternativos o aumentativos de comunicación (AAC).

Utilizar pictogramas, secuencias visuales, agendas ilustradas y materiales concretos para facilitar la comprension de instrucciones y la realizacion de actividades diarias.

Mantener horarios previsibles y actividades repetitivas que promuevan la autonomía básica, disminuyan la ansiedad y faciliten la adquisición de hábitos.

Crear espacios guiados donde pueda practicar contacto ocular, turnos conversacionales, solicitud de ayuda y normas sociales básicas.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa que ingresa a la sesión caminando por sus propios medios, presentando una marcha funcional, aunque con adelantamiento de la cabeza, lo que sugiere alteraciones en la alineación postural. Durante la valoración se identifica la necesidad de mejorar el equilibrio y la propiocepción, ya que estas áreas influyen en el control postural y la eficiencia del movimiento, especialmente en actividades que requieran mayor estabilidad.

El paciente corre y salta con buena estabilidad, demostrando un adecuado control motor y coordinación global. En las actividades con balón, patea de manera adecuada y mantiene buen control del mismo, evidenciando una correcta planificación y ejecución del movimiento. Obedece órdenes simples de forma apropiada e interactúa con el profesional, mostrando disposición para participar en las actividades propuestas durante la sesión.

En el área funcional, el paciente realiza sus actividades de la vida diaria y las actividades básicas cotidianas de manera independiente, reflejando un nivel favorable de autonomía. En cuanto a la motricidad fina, se observa que puede mejorar, ya que logra coger objetos de diferentes formas y lanzarlos, aunque presenta poca puntería, lo que indica dificultades en la precisión y la coordinación visomotora fina.

En conclusión, el paciente presenta un desempeño motor global funcional, con habilidades conservadas en la marcha, las actividades dinámicas como correr y saltar, y el control del balón. Sin embargo, requiere intervención fisioterapéutica orientada a mejorar la alineación postural, el equilibrio, la propiocepción y la motricidad fina, con el fin de optimizar su control postural, precisión motora y desempeño funcional en sus actividades diarias.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión presenta inquietud motora constante y baja disposición para la participación. No responde a órdenes simples, lo que limita la interacción terapéutica. La comunicación es reducida y básica, orientada principalmente a la expresión de estados emocionales y búsqueda de atención. Emite sonidos vocálicos y silábicos naralizados, predominando estereotipias verbales. La comprensión del lenguaje receptivo es muy limitada. A nivel orofacial se observa hipotonía generalizada, con dificultades en la masticación, control salival y manejo de alimentos sólidos y líquidos. Requiere apoyo constante durante la sesión. Se sugiere intervención orientada al fortalecimiento de la comunicación funcional, la estimulación orofacial y el acompañamiento en procesos de alimentación.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No 44252

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión se observa inquietud motora permanente, baja tolerancia a actividades estructuradas y mínima colaboración. Presenta hipersensibilidad a estímulos auditivos y baja respuesta a consignas. Muestra dependencia parcial a total en actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión y guía física constante. Se evidencian dificultades en autorregulación, control postural y planificación motora. Utiliza expresiones emocionales básicas como medio de interacción. Se recomienda intervención orientada a la regulación sensorial, estructuración de rutinas, fortalecimiento del control corporal y facilitación de la participación funcional en actividades cotidianas.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Durante el proceso de valoración pedagógica se observa que el niño presenta un nivel de desempeño básico, evidenciando habilidades en proceso de adquisición. Requiere acompañamiento constante, instrucciones claras y apoyo pedagógico para la realización de las actividades propuestas.

En el desarrollo de las actividades pedagógicas, el niño participa y logra ejecutarlas, aunque con dificultades en la comprensión de consignas, organización de la tarea y ritmo de trabajo, lo que influye en su desempeño general. Se evidencia que no es totalmente hábil; sin embargo, con orientación permanente y refuerzo positivo, consigue avanzar en la ejecución de las actividades.

A nivel de aprendizaje, se identifica que el niño necesita mayor tiempo para asimilar contenidos, responde mejor a estrategias lúdicas, visuales y repetitivas, y muestra avances cuando las actividades son estructuradas y adaptadas a su nivel de desarrollo.

En conclusión, desde el área pedagógica se determina que el niño se encuentra en proceso de fortalecimiento de habilidades, logrando realizar las actividades con apoyo, por lo cual se recomienda continuar con intervenciones pedagógicas individualizadas que favorezcan la atención, comprensión, autonomía y consolidación de aprendizajes.

Jeimy Karolina Cubides Moreno
Técnico Laboral por competencias en preescolar

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Rafael Enrique Medina Hernandez
Documento de Identidad: 1006775930
Edad: 24 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración en el área de psicologia a un paciente masculino de 24 años, diagnosticado con microcefalia, trastorno bipolar y discapacidad cognitiva severa. El paciente presenta importantes limitaciones en su funcionamiento cognitivo, afectivo y conductual, lo que impacta de forma significativa su desempeño diario y su participación en contextos terapéuticos.

En el área cognitiva, se observan dificultades severas en los procesos básicos y superiores. Su capacidad para mantenerse en tareas estructuradas es muy limitada, con marcada dispersión y necesidad de supervisión constante. Presenta baja retención de información nueva, requiriendo repetición continua y refuerzos inmediatos para comprender y ejecutar actividades. El procesamiento de la información es lento, especialmente en el reconocimiento de patrones, clasificación de estímulos y comprensión de conceptos abstractos. No logra generar soluciones alternativas ante problemas simples, mostrando dependencia total del acompañamiento externo. Su rendimiento mejora cuando las actividades son concretas, visuales y altamente estructuradas.

A nivel comunicativo, el paciente **si utiliza lenguaje oral**, aunque su expresión es limitada en claridad, organización y coherencia. Puede emitir frases simples o responder preguntas directas, pero presenta dificultad para expresar ideas complejas o necesidades de forma precisa. Esto genera, en ocasiones, malentendidos o frustración, que pueden derivar en conductas desadaptativas. La comprensión verbal también es reducida, especialmente ante instrucciones extensas o con varios pasos, lo que afecta su capacidad de participación funcional.

En el aspecto socioemocional, se observan dificultades marcadas para establecer interacciones adecuadas. El paciente presenta un comportamiento voluntarioso e inestable, con elevada labilidad emocional que se manifiesta mediante cambios bruscos de ánimo, irritabilidad y desorganización conductual. Se muestra inquieto, con dificultad para permanecer sentado y escasa tolerancia a recibir indicaciones o límites. Durante la evaluación se observó desorientación ocasional y una actitud impulsiva, lo que afecta su capacidad para regularse y participar en actividades estructuradas.

En conjunto, el perfil del paciente muestra un funcionamiento altamente dependiente, con limitaciones significativas en la regulación emocional, el autocontrol conductual y la resolución de tareas básicas, lo que requiere estrategias de intervención intensivas, estructuradas y consistentes.

Recomendaciones

Se sugiere implementar un programa de intervención altamente estructurado que incluya actividades breves, concretas y con apoyos visuales para facilitar la comprensión y reducir la frustración. Es recomendable establecer **rutinas claras y predecibles**, anticipando los cambios mediante instrucciones simples y repetidas para favorecer la estabilidad emocional y conductual.

Se propone incorporar estrategias de **regulación emocional**, como pausas activas, ejercicios de respiración guiada y espacios de calma, con el fin de disminuir la impulsividad y mejorar el autocontrol. Asimismo, es importante fortalecer la comunicación funcional mediante el uso de un lenguaje sencillo, directo y apoyado por señales visuales o gestuales cuando sea necesario.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa que durante la sesión se muestra colaborador y responde a órdenes simples, aunque su comunicación se establece principalmente mediante sonidos y poca vocalización, lo que limita parcialmente la interacción verbal con el terapeuta. A nivel funcional, el paciente realiza algunas actividades de la vida diaria, aunque presenta dificultad en ciertas tareas, las cuales logra completar con esfuerzo y tiempo adicional.

En la valoración biomecánica y motora se observa la presencia de pie plano, junto con patrones alterados de alineación en la marcha. El paciente presenta marcha con inversión del pie izquierdo, rodillas en semiflexión, hombro derecho descendido y adelantamiento de tronco, lo que genera un patrón inestable y aumenta el riesgo de caída. Se evidencian además dificultades en el equilibrio, la propiocepción, el control motor y la planificación motora, factores que afectan tanto su movilidad como su seguridad.

Durante las actividades dinámicas, el paciente corre con poca estabilidad y no logra realizar el salto. Es capaz de pasar obstáculos, aunque requiere tiempo y una mayor integración sensoriomotora para ejecutar la tarea adecuadamente. En las actividades de coordinación óculo-manual, el paciente lanza objetos de diferentes formas, pero presenta poca puntería, demostrando dificultades en la integración visomotora. El agarre es funcional, aunque se observa la necesidad de mejorar la motricidad fina para optimizar tareas de precisión y manipulación.

En actividades con balón, el paciente patea con pobre control, mostrando poca limitacion en la dirección y coordinación del movimiento.

En conclusión, el paciente presenta alteraciones en equilibrio, propiocepción, control y planificación motora, acompañadas de un patrón de marcha compensado e inestable que incrementa el riesgo de caídas. A pesar de estas dificultades, mantiene una participación activa y colaborador durante la sesión, con un nivel funcional que le permite llevar a cabo diversas actividades cotidianas con cierto grado de autonomía.

Se recomienda un programa fisioterapéutico orientado a mejorar el control postural, el equilibrio, la propiocepción, la motricidad fina y la planificación motora, a través de actividades dinámicas y sensoriomotoras que optimicen su estabilidad, funcionalidad y seguridad durante la marcha y las actividades de la vida diaria.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA

Motivo de consulta: Evaluar las habilidades comunicativas, funciones orofaciales, desempeño funcional y social del paciente, con el fin de establecer diagnóstico fonoaudiológico, conclusiones y recomendaciones de intervención. Descripción del desempeño comunicativo y funcional: El paciente presenta habilidades comunicativas verbales funcionales, expresándose mediante frases sencillas, con imprecisiones articulatorias que afectan la claridad del habla. A pesar de ello, logra transmitir mensajes básicos de manera efectiva en contextos cotidianos.
Se integra socialmente de forma positiva, inicia conversaciones y responde de manera espontánea tanto con sus pares como con el terapeuta. Manifiesta agrado por actividades lúdicas como cantar y bailar, las cuales favorecen su participación y expresión comunicativa. En el área académica, el paciente no lee ni escribe. Presenta la habilidad de transcribir palabras con apoyo visual y guía directa, lo que evidencia un nivel inicial de aproximación a la lectoescritura. Área funcional: Respecto a las actividades de la vida diaria, el paciente realiza algunas de manera independiente; sin embargo, requiere apoyo parcial en tareas más complejas o aquellas que demandan mayor equilibrio y coordinación motora.
Evaluación de órganos y funciones estomatognáticas: Labios: Labio superior voluminoso; labio inferior voluminoso con leve hipotonía. Lengua: Engrosada, ancha, con alteraciones en el tono y la movilidad. Respiración: Bucal.
Maxilar inferior: Prognatismo marcado. Oclusión: Alteración de mordida abierta.

Funciones orales Masticación: Se realiza con la boca abierta, con poco movimiento masticatorio. Deglución: Funcional. Selectividad alimentaria: No presenta.

Diagnóstico fonoaudiológico: Paciente masculino de 24 años con retardo mental moderado asociado a microcefalia, que presenta lenguaje oral funcional a nivel básico, caracterizado por el uso de frases sencillas e imprecisiones articulatorias, asociadas a alteraciones estructurales y funcionales del sistema estomatognático. Se evidencian dificultades significativas en lectoescritura, con habilidades limitadas a la transcripción guiada.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg No. 6052

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión se observa inquietud motora permanente, baja tolerancia a actividades estructuradas y mínima colaboración. Presenta hipersensibilidad a estímulos auditivos y baja respuesta a consignas. Muestra dependencia parcial a total en actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión y guía física constante. Se evidencian dificultades en autorregulación, control postural y planificación motora. Utiliza expresiones emocionales básicas como medio de interacción, se recomienda intervención orientada a la regulación sensorial, estructuración de rutinas, fortalecimiento del control corporal y facilitación de la participación funcional en actividades cotidianas.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades

significativas en la coordinación óculo manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La compresión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni símbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad.

María Camia Baquero Villamizar
Bachiller Formadora.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Dylan Matias Medina Ortiz
Documento de identidad: 1230339513
Edad: 10 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración psicológica de un paciente masculino de 10 años con diagnóstico de déficit cognitivo y claros conductas evidentemente autistas, hetero y auto agresivo, quien presenta un perfil clínico complejo caracterizado por déficit cognitivo y conductas asociadas al espectro autista, que se manifiestan en múltiples áreas del desarrollo. En el ámbito comunicativo, presenta dificultades significativas tanto en la comunicación verbal como no verbal, con un lenguaje limitado y dificultades para expresar necesidades, emociones o ideas de manera clara, lo que repercute en la interacción con sus pares y adultos. En cuanto a la interacción social, muestra limitaciones en la comprensión de normas sociales, empatía y reciprocidad, evidenciando escasa iniciativa para establecer relaciones y dificultades para mantener vínculos afectivos estables.

Los patrones de conducta de Dylan incluyen comportamientos repetitivos, estereotipados y rituales, así como intereses restringidos que condicionan su atención y participación en actividades diversas. Se observan respuestas emocionales desproporcionadas ante cambios en la rutina o el entorno, baja tolerancia a la frustración y dificultades en la regulación afectiva, que se expresan en episodios de autoagresión y conductas heteroagresivas, generando riesgos para su seguridad y la de otros. Estas características impactan de manera significativa en su adaptación escolar, su desempeño académico y su relación con familiares y pares, requiriendo supervisión constante y estrategias de apoyo estructuradas y consistentes.

Recomendaciones

se sugiere la implementación de un plan interdisciplinario que combine terapia psicológica y ocupacional, intervenciones conductuales individualizadas centradas en la reducción de conductas agresivas y el fomento de habilidades sociales, estrategias de apoyo para mejorar la comunicación, y entrenamiento en autorregulación emocional. Además, se aconseja brindar acompañamiento y capacitación a la familia para manejar situaciones de crisis y promover un entorno estructurado y predecible que favorezca el desarrollo integral de Dylan, así como coordinación con el ámbito escolar para asegurar adaptaciones curriculares y refuerzo positivo constante

Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 310 401 25 49 – 313 2937853
corporacionayudandoavivir@gmail.com

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con diagnóstico médico de síndrome de Dravet, quien durante la sesión muestra escasa colaboración y poca disposición para participar en las actividades terapéuticas. No obedece órdenes y, en varias ocasiones, se tira al piso como mecanismo de evitación ante las solicitudes del terapeuta. Presenta una marcada dificultad para socializar, sin establecer interacción funcional durante la sesión. Se observa un trasfondo conductual caracterizado por ansiedad e irritabilidad, especialmente cuando se le propone realizar actividades que no son de su interés. Sin embargo, responde de manera positiva a estímulos audiovisuales, particularmente videos musicales, los cuales logra manipular de forma independiente en el celular, demostrando habilidades tecnológicas básicas. Además, suele repetir verbalmente frases escuchadas en los videos.

Durante la valoración motora, el paciente presenta poco equilibrio y disminución de la propiocepción, lo que afecta su estabilidad corporal en diversas actividades. Manipula objetos de diferentes formas y mantiene un buen agarre, aunque presenta limitaciones significativas en la motricidad fina: no realiza pinza digital y no logra sostener correctamente un lapicero, evidenciando bajo control distal. La marcha se observa con amplia base de sustentación, elevación de cadera y pasos cortos, patrón compatible con déficit de equilibrio y necesidad de compensación biomecánica para mantener estabilidad. Aunque puede correr, lo hace por periodos cortos y con poca coordinación. No tolera ser guiado de la mano, mostrando rechazo al contacto físico dirigido y limitando el acompañamiento durante los desplazamientos. No patea el balón y muestra poco interés en los juegos, lo que afecta la participación en actividades terapéuticas lúdicas estructuradas.

En cuanto al desempeño funcional, el paciente realiza limitadas actividades de la vida diaria, aunque su involucramiento es inconsistente y depende de su motivación intrínseca. La relación terapéutica se ve limitada debido a su escasa interacción social, falta de interés y baja tolerancia a la dirección verbal o física.

En conclusión, el paciente presenta un perfil motor y conductual complejo, caracterizado por dificultades marcadas en equilibrio, propiocepción, motricidad fina y coordinación, junto con patrones de marcha compensatorios. La participación durante las sesiones es mínima debido a la baja colaboración, la falta de obediencia a órdenes simples y la presencia de irritabilidad y ansiedad ante las demandas terapéuticas. Su respuesta favorable a estímulos visuales y musicales representa un punto de acceso importante para la intervención. Se recomienda un abordaje fisioterapéutico centrado en actividades

sensoriomotoras altamente estructuradas y motivantes, incorporando estímulos audiovisuales como herramienta facilitadora, con el objetivo de mejorar su participación, control postural, estabilidad y habilidades motoras funcionales.

Dr. Jefferson Andrés Gomez Mendez
Fisioterapeuta
Reg. No 11433

FONOAUDIOLOGIA

Motivo de consulta: Evaluacion y seguimiento fonoaudiológico en el marco de intervención integral para dificultades comunicativas, conductuales, funcionales y orofaciales asociadas al diagnóstico médico.
OBSERVACIÓN GENERAL: Paciente masculino de 10 años con diagnóstico de Síndrome de Dravet. Durante la sesión se evidencia alto compromiso cognitivo, comunicativo y conductual, lo que repercute de manera significativa en la participación terapéutica. Se observa escasa colaboracion, con marcada resistencia a realizar actividades, ausencia de obediencia a órdenes simples y presencia de conductas evitativas, como tirarse al piso ante solicitudes directas. No establece interacción social funcional ni con sus pares ni con el terapeuta, manteniendo un comportamiento reservado y con muy bajo intercambio comunicativo. A nivel emocional, se identifica un trasfondo de ansiedad e irritabilidad, especialmente frente a estímulos no deseados, cambios en la rutina o actividades que no son de su interés. Presenta baja tolerancia al contacto físico y reactiva negativamente ante ruidos fuertes. Se muestra inflexible, con gran dificultad para cambiar el foco de atención o la acción iniciada. Exhibe dependencia de apoyo constante para la realización de tareas básicas y para cualquier tipo de actividad dirigida. Explora de manera continua su entorno, con atención fluctuante y poco funcional. EVALUACIÓN DE HABILIDADES COMUNICATIVAS_ Expresivas: Presencia de ecolalia receptiva, principalmente de frases escuchadas en videos musicales.
Ausencia de lenguaje espontáneo funcional. No responde a preguntas ni sigue turnos conversacionales. No emplea gestos comunicativos con intención dirigida.
Receptivas. No obedece órdenes simples. Mostrada dificultad marcada para la comprensión verbal en contextos rutinarios. Reacciona de manera selectiva únicamente a estímulos altamente motivadores (videos musicales, sonidos específicos). Pragmáticas: No establece interaccion funcional. No inicia ni mantiene contacto social. No participa en actividades grupales ni responde a intentos de interacción del terapeuta o pares. Conductual-comunicativo: Inflexibilidad extrema que dificulta cualquier dinámica comunicativa. Comportamientos evitativos (tirarse al piso, alejarse, irritarse). Hipermotivación por estímulos audiovisuales, con capacidad para manipular dispositivos móviles, lo que evidencia ciertas habilidades tecnológicas básicas. EVALUACIÓN DEL

SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO: Anatomía orofacial: Hipotonía generalizada en músculos faciales y endo bucales.
Labios: voluminosos con movilidad adecuada. Lengua: delgada, ancha, hipotónica, con movimientos limitados. Dentición: mixta, buena higiene; maxilar con leve macrognatismo. Respiración: buco nasal. Hábitos orales: succión de dedos; presencia ocasional de onicofagia (morder uñas). Funciones
Alimentación selectiva: ingiere pocos alimentos sólidos, requiere de humedecerlos con sopa o líquidos para masticar e deglutir, poca mastica. Masticación y deglución funcional solo para alimentos de preferencia. Baja tolerancia a nuevas texturas. DIAGNOSTICO FONOAUDIOLÓGICO: Compromiso severo del lenguaje expresivo y receptivo, caracterizado por ausencia de comunicación funcional e impacto significativo en interacción social. Ecolalia recesiva como principal forma de producción verbal. Alteraciones pragmáticas severas, con ausencia de intención comunicativa funcional. Trastorno de conducta asociado a condiciones neurológicas (ansiedad, irritabilidad, evitación, baja tolerancia sensorial). Alteraciones miofuncional orofaciales (hipotonía, movilidad limitada, hábitos orales).
Selectividad alimentaria moderada a severa. Capacidad atencional muy reducida, con distracción permanente con su entorno. Dependencia de apoyo total para actividades dirigidas y comunicación básica.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg No 4052

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente que asiste a programa permanente en la institución Ayudando a Vivir. Durante la sesión se observo inquietud motora permanente, baja tolerancia a actividades estructuradas y mínima colaboración. Presenta hipersensibilidad a estímulos auditivos y baja respuesta a consignas. Muestra dependencia parcial a total en actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión y guía física constante. Se evidencian dificultades en autorregulación, control postural y planificación motora. Utiliza expresiones emocionales básicas como medio de interacción. Se recomienda intervención dirigida a la regulación sensorial, estructuración de rutinas, fortalecimiento del control corporal y facilitación de la participación funcional en actividades cotidianas.

Janneth Constanza Garnica L.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

AREA PEDAGOGICA

Descripción del proceso académico y pedagógico:

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades lúdico-recreativas, artísticas y de estimulación integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, motrices, comunicativas y socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomía. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a rutinas pedagógicas y respuesta a los estímulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.

Observaciones pedagógicas: Proceso en evolución favorable.

Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias adaptadas.

Jeimy Karolina Cubides Moreno
Técnico Laboral por competencias en preescolar

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Mauren Sofia Roza Fierro
Documento de identidad: 1029967274
Edad: 10 años

PSICOLOGA

Paciente que asiste a programa permanente en la institución Ayudando a Vivir. Durante la sesión presenta baja atención sostenida y escasa respuesta a consignas, con nivel de colaboración variable. Se observan dificultades en autorregulación emocional y conductual, con baja tolerancia a la frustración y a estímulos ambientales. La comunicación emocional se expresa principalmente a través de gestos, vocalizaciones y conductas no verbales. Responde mejor en contextos estructurados y con acompañamiento constante. Se recomienda intervención psicológica orientada al fortalecimiento de la regulación emocional, adaptación conductual, tolerancia a la frustración y apoyo a cuidadores mediante estrategias de manejo y contención.

Dra. Emma Stella Ruiz R.
Psicóloga
Universidad Cooperativa de Colombia

FISIOTERAPIA

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión presenta inquietud motora y baja tolerancia a actividades estructuradas. Se evidencian alteraciones en el control postural, equilibrio y coordinación, lo que limita la estabilidad en actividades estáticas y dinámicas. Presenta hipotonía generalizada que influye en la ejecución de movimientos funcionales. Requiere apoyo físico parcial para la realización de actividades motoras. La marcha y los desplazamientos son funcionales con supervisión. Se recomienda intervención fisioterapéutica enfocada en el fortalecimiento del control postural, equilibrio, coordinación motora y movilidad funcional, mediante actividades estructuradas y repetitivas.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA

Paciente que asiste a programa permanente en la institución Ayudando a Vivir. Durante la sesión presenta inquietud motora constante y baja disposición para la participación. No responde a órdenes simples, lo que limita la interacción terapéutica. La comunicación es reducida y básica, orientada principalmente a la expresión de estados emocionales y búsqueda de atención. Emite sonidos vocálicos y silábicos nasalizados, predominando estereotipias verbales. La comprensión del lenguaje receptivo es muy limitada. A nivel orofacial se observa hipotonía generalizada, con dificultades en la masticación, control salivar y manejo de alimentos sólidos y líquidos. Requiere apoyo constante durante la sesión. Se sugiere intervención orientada al fortalecimiento de la comunicación funcional, la estimulación orofacial y el acompañamiento en procesos de alimentación.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. Nal. 4055

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente que asiste a programa permanente en la institución Ayudando a Vivir. Durante la sesión se observa inquietud motora permanente, baja tolerancia a actividades estructuradas y mínima colaboración. Presenta hipersensibilidad a estímulos auditivos y baja respuesta a consignas. Muestra dependencia parcial a total en actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión y guía física constante. Se evidencian dificultades en autorregulación, control postural y planificación motora. Utiliza expresiones emocionales básicas como medio de interacción. Se recomienda intervención orientada a la regulación sensorial, estructuración de rutinas, fortalecimiento del control corporal y facilitación de la participación funcional en actividades cotidianas.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren

desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lapiz, tijeras y material didactico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La comprensión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni simbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad.

Camila Baquero

Maria Camia Baquero Villamizar
Bachiller Formadora.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Aaron Muñoz Delgado
Documento de identidad: 1070467916
Edad: 12 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración en el área de psicologia a paciente masculino de 12 años, diagnosticado con Autismo F840. Al momento de la valoración se le percibe alerta, orientado de forma global, reconoce su nombre y es capaz de responder preguntas sencillas, con intensión comunicativa y relaciona con la terapeuta. Poco contacto visual establece y baja capacidad de atención, de estado emociona ansioso, pensamiento concreto y con dificultades de reconocimiento, observación y determinación de conceptos. Pobre introspección y conciencia de su realidad. Con muy baja tolerancia a la frustración y demandas exigentes y autoritarias a la figura materna.

Afecto modulado, de fondo ansioso e irritable, poco tolerante a la frustración.

Niveles elevados de ansiedad y preocupación en una variedad de situaciones, incluso en situaciones sociales, académicas o simplemente en la vida cotidiana. Puede preocuparse por eventos futuros, cambios en la rutina o situaciones que no puede controlar.

Rigidez en su percepción del espacio, manifestada en dificultades para comprender conceptos abstractos como la profundidad, la distancia, Preferencias por ciertos patrones de movimiento o rutinas espaciales y resistencia a cambios en su entorno

Atención Selectiva y enfocada en áreas de interés particular, para enfocar su atención y permanencia en un solo foco, para mantener la atencion durante periodos prolongados, lo que puede interferir con el aprendizaje en entornos educativos.

Dificultades en la memoria de trabajo, que es la capacidad de mantener y manipular información en la mente mientras se realiza una tarea, tiene recuerdos de nombres, palabras y lugares que son de su interés, pero carece de la habilidad para asociarlos a imágenes representativas de esos lugares, u objetos.

Pensamiento rígido en sus conceptos, manifestado en un apego inflexible a las rutinas y estructuras preestablecidas. Cualquier cambio en la rutina o las expectativas puede provocar ansiedad y frustración significativas. Resistencia a las transiciones y dificultades para adaptarse a nuevas situaciones.

Dificultades para expresar sus sentimientos y necesidades de manera efectiva, para entender las emociones de los demás o para interpretar las señales sociales, lo que puede dificultar aún más la comunicación interpersonal.

Dependiente, desorganizado con la información que recibe, poco hábil en la solución de dificultades, en la planeación de estrategias.

Recomendaciones

Realizar evaluaciones periódicas para monitorear el progreso del niño hacia las metas establecidas.
Mejorar la flexibilidad cognitiva, la resolución de problemas, la exploración de diferentes puntos de vista y la práctica de actividades nuevas y variadas.
Trabajar en habilidades sociales y de comunicación a través de juegos de roles, actividades estructuradas en grupo y práctica de habilidades de conversación.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa. Durante la sesión se observa que obedece órdenes simples y mantiene interacción social adecuada con el terapeuta; sin embargo, se muestra poco colaborador en el momento, lo que puede influir en su participación en algunas actividades. Realiza sus actividades de la vida diaria de manera funcional y acorde a sus capacidades.

En la evaluación motora se evidencia poco equilibrio y disminución de la propiocepción, factores que afectan su estabilidad en tareas dinámicas. A pesar de ello, presenta una buena marcha y una base de sustentacion estable, lo que le permite desplazarse de manera segura. Demuestra habilidades motoras gruesas como correr y saltar, aunque el salto presenta una estabilidad regular.

En cuanto a la coordinación y actividades manipulativas, el paciente muestra buen agarre y capacidad para lanzar objetos de diversas formas, logrando buena puntería. No obstante, se identifica la necesidad de potencializar la motricidad fina para mejorar la precisión, coordinación y funcionalidad en tareas más especificas.

En actividades con balón, el paciente patea con buen control, demostrando adecuada planificación motora y coordinación de miembros inferiores.

En conclusión: Se trata de un paciente con capacidad diversa que presenta habilidades motoras gruesas funcionales, buen agarre y adecuada coordinación para tareas básicas. Las áreas prioritarias de intervención incluyen el fortalecimiento del equilibrio, la mejora de

la propiocepción y el trabajo para potencializar la motricidad fina, con el fin de optimizar su control corporal y desempeño en actividades cotidianas. Asimismo, se recomienda el uso de estrategias motivacionales para mejorar su nivel de colaboracion durante las sesiones.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No. 11433

FONOAUDIOLOGIA

Paciente que asiste a programa permanente en la institución Ayudando a Vivir. Durante la sesión presenta inquietud motora constante y baja disposición para la participación. No responde a órdenes simples, lo que limita la interacción terapéutica. La comunicación es reducida y básica, orientada principalmente a la expresión de estados emocionales y búsqueda de atención. Emite sonidos vocálicos y silábicos nasalizados, predominando estereotipias verbales. La comprensión del lenguaje receptivo es muy limitada. A nivel orofacial se observa hipotonía generalizada, con dificultades en la masticación, control salival y manejo de alimentos sólidos y líquidos. Requiere apoyo constante durante la sesión. Se sugiere intervención orientada al fortalecimiento de la comunicación funcional, la estimulación orofacial y el acompañamiento en procesos de alimentación.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg No. 9022

TERAPIA OCUPACIONAL

Usuaria con capacidad diverso que durante la sesión responde a órdenes simples y mantiene una interacción social adecuada con el terapeuta, aunque se observa baja colaboración en algunos momentos, lo cual influye en su nivel de participación. Presenta un desempeño funcional en las actividades de la vida diaria acorde a sus capacidades.

Desde el componente sensoriomotor, se evidencia disminución del equilibrio y de la propiocepción, lo que afecta la estabilidad durante actividades dinámicas. A pesar de ello, presenta una marcha funcional con base de sustentación estable, permitiendo

desplazamientos seguros. Demuestra habilidades motoras gruesas como correr y saltar, observándose estabilidad regular durante el salto.

En el área de motricidad fina, el usuario presenta agarre funcional y adecuada coordinación para el lanzamiento de objetos, logrando buena puntería. No obstante, se identifica la necesidad de potencializar la motricidad fina para mejorar la precisión, la coordinación y la funcionalidad en tareas que demandan mayor control manual. En actividades con balon, patea con buen control, evidenciando adecuada planeacion motora y coordinación de miembros inferiores.

En cuanto al desempeño ocupacional, el usuario mantiene funcionalidad en su rutina diaria, aunque se hace necesario el uso de estrategias motivacionales para favorecer una mayor participación durante las sesiones.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Descripción del proceso academico y pedagógico:

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades ludico-recreativas, artisticas y de estimulacion integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, motrices, comunicativas y socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomia. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a rutinas pedagógicas y respuesta a los estimulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.

Observaciones pedagógicas: Proceso en evolución favorable.

Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias adaptadas.



Jeimy Karolina Cubides Moreno
Técnico laboral en preescolar

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Ellyn Carolina Murcia Mateus
Documento de identidad: 1029150874
Edad: 12 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración en el área de psicología a paciente femenina de 13 años, con diagnóstico médico de Síndrome de Down y dificultades cardiacas. Presenta dependencia funcional significativa y serias limitaciones cognitivas y de movilidad, lo que condiciona su desempeño en actividades de la vida diaria y su interacción con el entorno.

Al momento de la valoración, la paciente se percibe cooperativa y emocionalmente estable, aunque con limitada iniciativa para interactuar. Mantiene contacto visual intermitente y responde mejor a estímulos directos, consignas simples y apoyos visuales o gestuales. Su disposición para participar en actividades es variable, requiriendo motivación y acompañamiento constante por parte del profesional.

En el área cognitiva, se evidencian dificultades importantes en atención sostenida, memoria, procesamiento de información, planificación y resolución de problemas. La paciente requiere de instrucciones repetidas, modelado constante y apoyo físico o verbal para la ejecución de tareas simples.

Respecto a la comunicación, presenta limitaciones en la expresión verbal y gestual. Se comunica principalmente mediante señalamientos, gestos y vocalizaciones simples, mostrando capacidad funcional para expresar necesidades básicas y discontormidades, aunque con lentitud y necesidad de interpretación por parte del adulto. La comprensión verbal está conservada de manera parcial, respondiendo mejor a instrucciones simples, concretas y repetidas.

En el ámbito socioemocional, la paciente se mantiene estable, con afecto congruente al contexto. Su dependencia funcional y limitaciones motoras afectan la autonomía y la interacción social espontánea, siendo necesaria la supervisión constante en todas las actividades.
Paciente con Síndrome de Down y dificultades cardíacas, con dependencia funcional significativa, serias limitaciones cognitivas y motoras, y capacidad comunicativa parcial. Presenta estabilidad emocional, comprensión verbal parcial y potencial de desarrollo en comunicación y habilidades funcionales con intervención estructurada y apoyo multidisciplinario.

Recomendaciones

1. Mantener intervención psicológica y fonoaudiológica regular, enfocada en fortalecer la comunicación funcional, expresión de necesidades y desarrollo cognitivo básico mediante apoyos visuales, gestuales y consignas simples.

2. Implementar rutinas estructuradas y predecibles, con supervisión constante, adaptadas a sus limitaciones motoras y cognitivas, para favorecer la atención, comprensión y participación en actividades diarias.
3. Brindar acompañamiento y orientación a la familia o cuidadores, promoviendo refuerzo positivo, estimulación de autonomía funcional dentro de sus posibilidades y estrategias de manejo emocional ante frustraciones derivadas de sus limitaciones.

Dra. Emma Stella Ruiz R.
Fisioterapeuta
RM A/S 16 Mes Actual
Universidad Santo Tomás

FISIOTERAPIA

Paciente con diagnóstico médico de síndrome de Down y trastorno de la conducta. Se observa una marcada dependencia de su cuidadora para las actividades cotidianas. Durante la sesión, no muestra intención de alimentarse y solo agarra objetos cuando llaman su atención, especialmente aquellos con texturas. No socializa con el terapeuta y evidencia baja iniciativa para participar activamente en las tareas propuestas.

A nivel motor, el paciente presenta fuerza acorde a su edad, buen equilibrio y una propiocepción moderada, aunque aún requiere fortalecimiento para optimizar su control corporal. En cuanto a la marcha, se observa eversión del pie, poca longitud del paso y decadencia durante el desplazamiento. Mantiene una buena base de sustentación, pero no realiza actividades como correr o saltar. A pesar de ello, obedece órdenes simples cuando se le proporcionan con claridad.

En relación con la motricidad fina, se evidencia la necesidad de continuar su desarrollo, ya que el paciente muestra dificultades para realizar tareas que requieren precisión y manipulación. Al lanzar o manipular objetos, lo hace únicamente si le resultan llamativos por su textura. En actividades con balón, es capaz de patearlo, aunque sin motivación o intención marcada.

Funcionalmente, el paciente depende de su cuidadora para la mayoría de las actividades, mostrando participación limitada por su comportamiento y baja interacción social. La falta de socialización y de iniciativa reduce su nivel de involucramiento durante la sesión terapéutica.

En conclusión, se trata de un paciente con síndrome de Down y trastorno de la conducta, con habilidades motoras básicas conservadas, pero con dificultades en la motricidad fina, la motivación, la interacción social y el patrón de marcha. Las áreas prioritarias de

intervención incluyan el trabajo en motricidad fina, mejora del patrón de marcha, estimulación de la participación activa mediante recursos sensoriales y estrategias que favorezcan la interacción y el seguimiento de instrucciones.

Dr. Jefferson Andres Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg. No. 11433

FONOAUDIOLOGIA

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión presenta inquietud motora constante y baja disposición para la participación. No responde a órdenes simples, lo que limita la interacción terapéutica. La comunicación es reducida y básica, orientada principalmente a la expresión de estados emocionales y búsqueda de atención. Emite sonidos vocálicos y silábicos nasalizados, predominando estereotipias verbales. La comprensión del lenguaje receptivo es muy limitada. A nivel orofacial se observa hipotonía generalizada, con dificultades en la masticación, control salivar y manejo de alimentos sólidos y líquidos. Requiere apoyo constante durante la sesión. Se sugiere intervención orientada al fortalecimiento de la comunicación funcional, la estimulación orofacial y el acompañamiento en procesos de alimentación.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No. [illegible]

TERAPIA OCUPACIONAL

La usuaria de 1 años, con diagnóstico de síndrome de Down y discapacidad cognitiva, ingresa a la sesión en buenas condiciones de salud, presentando adecuada higiene y presentación personal. Se observa que la usuaria es dependiente en sus actividades de la vida diaria, requiriendo apoyo y supervisión para el desarrollo de tareas básicas de autocuidado.

Durante la sesión, se identifica que la usuaria posee un agarre funcional de elementos, lo que permite su participación en actividades manipulativas simples. La alimentación se mantiene acorde a su diagnóstico, siguiendo las indicaciones establecidas por su equipo tratante.

Las actividades realizadas en la sesión se enfocan principalmente en la estimulación sensorial, con el propósito de favorecer su regulación, atención y respuesta adaptativa frente a diversas estímulos, la usuaria no tolera puesto.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Descripción del proceso académico y pedagógico:

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades lúdico-recreativas, artísticas y de estimulación integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, motrices, comunicativas y socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomía. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a rutinas pedagógicas y respuesta a los estímulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.

Observaciones pedagógicas: Proceso en evolución favorable.

Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias adaptadas.

Jeimy Karolina Cubides Moreno
Técnico laboral en preescolar.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Ángelo David Murcia Riveros
Documento de identidad: 1122936252
Edad: 9 años

PSICOLOGA

Paciente que asiste a programa permanente en la Institución Ayudando a Vivir. Durante la sesión presenta baja atención sostenida y escasa respuesta a consignas, con nivel de colaboración variable. Se observan dificultades en autorregulación emocional y conductual, con baja tolerancia a la frustración y a estímulos ambientales. La comunicación emocional se expresa principalmente a través de gestos, vocalizaciones y conductas no verbales. Responde mejor en contextos estructurados y con acompañamiento constante. Se recomienda intervención psicológica orientada al fortalecimiento de la regulación emocional, adaptación conductual, tolerancia a la frustración y apoyo a cuidadores mediante estrategias de manejo y contención.

Dra. Emma Stella Ruiz R.
Psicóloga
RP 6536 Mosquera
Universidad Santo Tomás

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa. Durante la sesión se muestra colaborador, obedece órdenes simples y mantiene interacción con el terapeuta mediante sonidos bucales, lo que permite un nivel de comunicación funcional. Presenta falta de confianza para realizar actividades físicas, lo cual influye en su participación y seguridad durante las tareas motoras.

En la evaluación motora se observa poco equilibrio y disminución de la propiocepción, lo que aumenta el riesgo de inestabilidad y posibles caídas. La marcha se realiza con amplia base de sustentación, estrategia que utiliza para compensar la falta de control postural. El paciente no corre mucho, no salta y requiere apoyo para pasar obstáculos, evidenciando necesidad de trabajar la seguridad durante actividades dinámicas.

En cuanto a los movimientos manipulativos y habilidades de miembros superiores, el paciente presenta buen agarre y la capacidad de lanzar objetos de diferentes formas, aunque con falta de puntería. Asimismo, se observa disminución de la fuerza en miembros

superiores y necesidad de mejorar la motricidad fina para optimizar precisión, coordinación y funcionalidad manual.

En actividades con balón, el paciente patea con buen control, demostrando una adecuada coordinación de miembros inferiores para tareas específicas.

En conclusión: Se trata de un paciente con capacidad diversa que presenta limitaciones en equilibrio, propiocepción, fuerza en miembros superiores, motricidad fina y seguridad durante actividades físicas, lo que incrementa el riesgo de caídas. Las áreas prioritarias de intervención incluyen el fortalecimiento del equilibrio y la propiocepción, el trabajo de fuerza en miembros superiores, la mejora de la motricidad fina y el aumento de la confianza motriz para favorecer la autonomía y la participación funcional.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA

Paciente que asiste a programa permanente en la institución Ayudando a Vivir. Durante la sesión presenta inquietud motora constante y baja disposición para la participación. No responde a órdenes simples, lo que limita la interacción terapéutica. La comunicación es reducida y básica, orientada principalmente a la expresión de estados emocionales y búsqueda de atención. Emite sonidos vocálicos y silábicos nasalizados, predominando estereotipias verbales. La comprensión del lenguaje receptivo es muy limitada. A nivel orofacial se observa hipotonía generalizada, con dificultades en la masticación, control salival y manejo de alimentos sólidos y líquidos. Requiere apoyo constante durante la sesión. Se sugiere intervención orientada al fortalecimiento de la comunicación funcional, la estimulación orofacial y el acompañamiento en procesos de alimentación.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg No 9422

TERAPIA OCUPACIONAL

usuario con capacidad diversa que, durante las sesiones de terapia ocupacional, se muestra colaborador y responde a órdenes simples. La interacción con el terapeuta se establece principalmente mediante sonidos bucales, lo que permite un nivel de comunicación funcional básico. Se observa baja confianza para la ejecución de

actividades físicas, lo cual influye en su participación y en la seguridad durante las tareas motoras.

Desde el componente sensoriomotor, el usuario presenta disminución del equilibrio y de la propiocepción, incrementando el riesgo de inestabilidad durante el desempeño motor. La marcha se realiza con una base de sustentación amplia, utilizada como estrategia compensatoria ante el bajo control postural. Se evidencia limitada participación en actividades como correr y saltar, así como necesidad de apoyo para el paso de obstáculos, lo que refleja dificultades en la seguridad durante actividades dinámicas.

En el área de habilidades manipulativas y uso funcional de miembros superiores, el usuario presenta agarre funcional y capacidad para lanzar objetos de diferentes formas, con dificultad en la puntería. Se observa disminución de la fuerza en miembros superiores y necesidad de fortalecer la motricidad fina para mejorar la precisión, la coordinación y la funcionalidad manual en actividades cotidianas.

En actividades con balón, el usuario patea con buen control, evidenciando adecuada coordinacion de miembros inferiores para tareas especificas.

Desde el desempeño ocupacional, se identifica que las limitaciones sensoriomotoras y la baja confianza motriz influyen en la autonomía y participación del usuario.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Descripción del proceso académico y pedagogico:

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades lúdico-recreativas, artísticas y de estimulación integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, motrices, comunicativas y socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomía. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a

rutinas pedagógicas y respuesta a los estímulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.

Observaciones pedagógicas: Proceso en evolución favorable.

Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias adaptadas.

Sandra Milena Gutiérrez Ospina
Bachiller formador.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Pablo Enrique Ortiz Tejada
Documento de identidad: 1006966142
Edad: 14 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración psicológica de un paciente masculino de 22 años con diagnóstico de Déficit cognitivo moderado, presenta un funcionamiento intelectual claramente por debajo del promedio, evidenciando limitaciones significativas tanto en el ámbito cognitivo como en el adaptativo, consistentes con los criterios clínicos de este trastorno, entre ellos un coeficiente intelectual estimado dentro del rango moderadamente reducido, dificultades notorias en el razonamiento, la resolución de problemas, el procesamiento de información y la comprensión de instrucciones complejas; asimismo, se observa una marcada lentitud en sus procesos de pensamiento, respuestas simplistas y actitudes de tipo pueril que afectan su juicio y madurez emocional. En el área adaptativa muestra restricciones en habilidades conceptuales, sociales y practicas, lo cual se refleja en una menor autonomía, necesidad de supervisión constante y dificultades para desempeñarse adecuadamente en contextos cotidianos que requieren iniciativa, planificación y toma de decisiones. Estos indicadores, en conjunto, confirman un desarrollo global altamente comprometido y la necesidad de apoyos continuos e individualizados para favorecer su funcionamiento y bienestar integral.

Recomendaciones:

- Implementar un programa de estimulación cognitiva centrado en atención, memoria y resolución de problemas simples.
- Favorecer rutinas claras, consistentes y estructuradas para potenciar la autonomía.
- Incluir intervención psicoeducativa para cuidadores sobre manejo conductual y apoyo adaptativo.
- Promover actividades socioemocionales que fortalezcan la comunicación, la expresión emocional y las habilidades sociales.
- Realizar seguimiento psicologico periodico para evaluar avances y ajustar estrategias de intervención.

Dra. Emma Stella Ruiz R.
Psicóloga
TP 6205 del Ministerio
Universidad Santo Tomás

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa que ingresa a la sesión caminando por sus propios medios. A la observación de la marcha se evidencia un patrón con pies en eversión, rodillas en genu varo y adelantamiento de la cabeza, lo que sugiere alteraciones en la alineacion postural y en la biomecánica del movimiento. Durante la valoración se identifica poco equilibrio y propiocepción, factores que influyen de manera directa en su control postural y estabilidad durante las actividades funcionales.

El paciente corre y salta con estabilidad regular, logrando ejecutar dichas actividades, aunque con necesidad de mayor control y ajuste postural. En el trabajo con balon, patea de manera adecuada y presenta un control parcial del mismo, lo que refleja un nivel medio de coordinación y planificación motora. Obedece órdenes simples y mantiene interacción con el profesional, mostrando disposición para participar en las actividades propuestas durante la sesión.

En el área funcional, el paciente realiza sus actividades de la vida diaria y las actividades básicas cotidianas de manera independiente, evidenciando un nivel favorable de autonomía. En cuanto a la motricidad fina, se observa que requiere mayor estimulación, ya que logra coger objetos de diferentes formas y lanzarlos, pero presenta poca puntería, lo que indica dificultad en la precisión y la coordinación visomotora fina.

En conclusión, el paciente presenta un desempeño motor funcional con alteraciones en la alineación postural, el equilibrio y la propiocepción. Se recomienda intervención fisioterapéutica orientada a mejorar el control postural, la estabilidad, la propiocepción y la motricidad fina, así como a optimizar la coordinación y la precisión motora, con el fin de favorecer un mejor desempeño en sus actividades diarias y funcionales

Dr. Jefferson Andres Gomez Mendez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión presenta inquietud motora constante y baja disposición para la participación. No responde a órdenes simples, lo que limita la interacción terapéutica. La comunicación es reducida y básica, orientada principalmente a la expresión de estados emocionales y

búsqueda de atención. Emite sonidos vocálicos y silábicos nasalizados, predominando estereotipias verbales. La comprensión del lenguaje receptivo es muy limitada. A nivel orofacial se observa hipotonía generalizada, con dificultades en la masticación, control salivar y manejo de alimentos sólidos y líquidos. Requiere apoyo constante durante la sesión. Se sugiere intervención orientada al fortalecimiento de la comunicación funcional, la estimulación orofacial y el acompañamiento en procesos de alimentación.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No. 4862

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión se observa inquietud motora permanente, baja tolerancia a actividades estructuradas y mínima colaboración. Presenta hipersensibilidad a estímulos auditivos y baja respuesta a consignas. Muestra dependencia parcial a total en actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión y guía física constante. Se evidencian dificultades en autorregulación, control postural y planificación motora. Utiliza expresiones emocionales básicas como medio de interacción. Se recomienda intervención orientada a la regulación sensorial, estructuración de rutinas, fortalecimiento del control corporal y facilitación de la participación funcional en actividades cotidianas.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos

pequeñas. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La compresion verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni simbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad

María Camia Baquero Villamizar
Bachiller Formadora.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Julián David Ospina Prieto
Documento de identidad: 1123802946
Edad: 19 años

PSICOLOGA

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión presenta baja atención sostenida y escasa respuesta a consignas, con nivel de colaboración variable. Se observan dificultades en autorregulación emocional y conductual, con baja tolerancia a la frustración y a estímulos ambientales. La comunicación emocional se expresa principalmente a través de gestos, vocalizaciones y conductas no verbales. Responde mejor en contextos estructurados y con acompañamiento constante. Se recomienda intervención psicológica orientada al fortalecimiento de la regulación emocional, adaptación conductual, tolerancia a la frustración y apoyo a cuidadores mediante estrategias de manejo y contención.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa que durante la sesión se muestra colaborador y receptivo, obedeciendo órdenes simples de manera adecuada. La socialización con el terapeuta es limitada, aunque mantiene la disposición necesaria para participar en las actividades propuestas.

En la valoración motora se observa que el paciente presenta necesidad de mejorar la estabilidad, el equilibrio y la propiocepción, lo cual influye en su control postural y en la seguridad durante actividades funcionales. A pesar de estas dificultades, el paciente exhibe una buena marcha, con un patrón de desplazamiento organizado y funcional. Además, puede correr y saltar, mostrando un nivel aceptable de estabilidad, aunque aún con ciertos desajustes que requieren fortalecimiento y entrenamiento.

En las actividades de coordinación visomotora, el paciente logra lanzar objetos de diferentes formas, presentando algo de puntería, lo que refleja un nivel medio de integración entre visión y movimiento. La motricidad fina se encuentra conservada, con buen agarre fino que facilita la manipulación de objetos pequeños y tareas específicas. En

el trabajo con balón, el paciente patea con buen control, evidenciando una adecuada planificación y ejecución del movimiento.

En el área funcional, el paciente realiza sus actividades de la vida diaria de manera independiente, mostrando un nivel favorable de autonomía.

En conclusión, el paciente presenta un desempeño motor funcional con habilidades conservadas en marcha, coordinación fina, lanzamientos y actividades dinámicas como correr y saltar. Sin embargo, requiere intervención fisioterapéutica para continuar mejorando la estabilidad, el equilibrio y la propiocepción, con el fin de optimizar su control postural y seguridad en sus actividades diarias. Se recomienda mantener un plan terapéutico que promueva el fortalecimiento global, la integración sensoriomotora y el entrenamiento dinámico del equilibrio.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA

Motivo de evaluación: Evaluar las habilidades comunicativas, lingüísticas, funcionales y del sistema estomatognático del paciente, con el fin de establecer diagnóstico fonoaudiológico, conclusiones y recomendaciones terapéuticas.
Descripción del desempeño comunicativo y funcional. El paciente presenta habilidades comunicativas funcionales. Se expresa de manera verbal mediante frases complejas, con capacidad para narrar y describir. Se evidencia fluidez verbal, con presencia de dislalias, estructura gramatical funcional básica y amplio vocabulario acorde a su nivel funcional. Funciones estomatognáticas: Tono y movilidad: Normales Deglución: Normal Masticación: Normal, Respiración: Nasal No se evidencian alteraciones estructurales ni funcionales a nivel orofacial. Área social y conductual. El paciente se socializa adecuadamente, comparte y apoya a sus pares. Sigue y comprende órdenes sencillas, mostrando buena disposición durante las actividades. Su participación es activa, mantiene una actitud favorable y manifiesta gusto por actividades como cantar y bailar. Durante la sesión se muestra colaborador y receptivo, obedeciendo órdenes simples de manera adecuada. La socialización con el terapeuta es limitada, aunque mantiene la disposición necesaria para participar en las actividades propuestas. Área funcional: En el área funcional, el paciente realiza de manera independiente las actividades de la vida diaria, evidenciando un nivel favorable de autonomía. La interacción con el entorno es apropiada, comunicándose y socializando sin dificultad. En el área de aprendizaje, se observan dificultades en los procesos de comprensión lectoescritora, lo cual impacta su desempeño académico, especialmente en actividades que requieren mayor nivel de abstracción. Funciones

estomatognáticas: Tono y movilidad: Normales Deglución: Normal, Masticación: Normal, Respiración: Nasal, No se evidencian alteraciones estructurales ni funcionales a nivel orofacial. Área social y conductual. El paciente se socializa adecuadamente, comparte y apoya a sus pares. Sigue y comprende órdenes semicomplejas, mostrando buena disposición durante las actividades. Su participación es activa, mantiene una actitud favorable y manifiesta gusto por actividades lúdicas como cantar y bailar.

Diagnóstico fonoaudiológico: Paciente masculino de 19 años con retardo mental leve, que presenta lenguaje oral funcional, con adecuada intención comunicativa, estructura gramatical conservada y vocabulario amplio. Se evidencian dislalias y dificultades en los procesos de comprensión de ordenes complejas, sin alteraciones en las funciones estomatognáticas. La interacción comunicativa es funcional, aunque con socialización limitada en el contexto terapéutico.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg No 6067

TERAPIA OCUPACIONAL

El usuario de 20 años ingresa a la sesión en buen estado de salud y actualmente cursa quinto grado en un colegio público. Se observa independencia en las actividades de la vida diaria y adecuada presentación personal. Su mano dominante es la izquierda y presenta buena motricidad fina y gruesa, utilizando un agarre trípode funcional durante las actividades de escritura y manipulación. Reconoce con dificultad colores, formas y números, aunque estas habilidades le permiten participar en tareas manipulativas y motoras de manera efectiva. Se aprecia iniciativa propia para iniciar y mantener las actividades, mostrando disposición y actitud colaborativa tanto con sus compañeros como durante el desarrollo de la sesión. En el aspecto conductual, presenta un comportamiento tranquilo, con buena capacidad para seguir instrucciones verbales simples y con un adecuado nivel de equilibrio durante las actividades motoras. Sin embargo, se evidencia que no reconoce el valor del dinero, lo cual representa una limitación en su desempeño dentro de actividades instrumentales de la vida diaria. En general, muestra un buen nivel de funcionalidad, con áreas específicas que requieren fortalecimiento para favorecer una mayor autonomía en su participación ocupacional.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atencion sostenida, memoria funcional y comprensian de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación oculomanual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La comprensión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni simbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad

Sandra Milena Gutiérrez Ospina
Bachiller formador.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Michael Esley Oviedo Jimenez
Documento de identidad: 1121861451
Edad: 36 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración psicológica a paciente masculino de 37 años, diagnosticado con Déficit Cognitivo Moderado y Alteración del Comportamiento . Durante la evaluación, se observan graves dificultades en el lenguaje, con una fluidez verbal escasa o nula, lo que limita significativamente su comunicación funcional. Esto dificulta la expresión de necesidades y pensamientos, lo cual impacta su capacidad para interactuar efectivamente con su entorno.

El paciente presenta habilidades limitadas para la resolución de problemas, mostrando dependencia de otras personas para tomar decisiones cotidianas. Las dificultades en la atención y concentración son evidentes, con una marcada tendencia a la distracción y baja persistencia en las tareas, lo que afecta su desempeño en diversas actividades. Además, se observa rigidez cognitiva, lo que dificulta su capacidad para adaptarse a cambios o nuevas rutinas, lo que contribuye a su frustración en situaciones inesperadas.

En cuanto a la interacción social, se identifican déficits importantes, con escasas estrategias para establecer relaciones adecuadas con los demás. A nivel emocional, el paciente enfrenta dificultades para manejar el afrontamiento de problemas, respondiendo con impulsividad y reacciones emocionales intensas. En situaciones de frustración, puede manifestar conductas violentas y carecer de una adecuada autorregulación emocional. Adicionalmente, se observa un aumento exagerado de la libido, lo que genera riesgo potencial de conductas inapropiadas dentro de su entorno familiar y social.

La dinámica familiar del paciente es permisiva, lo que contribuye a la ausencia de límites claros en la regulación de su comportamiento. Existe una falta de estrategias estructuradas para manejar conductas desadaptativas dentro del hogar, lo que agrava sus dificultades de autocontrol. También se evidencia una relación distante con su hermano menor, lo que limita las oportunidades de interacción social y apoyo dentro del núcleo familiar.

En resumen, el paciente presenta múltiples desafíos en áreas clave como la comunicación, la regulación emocional, la resolución de problemas, y la interacción social, los cuales se ven exacerbados por un entorno familiar permisivo y desestructurado.

Recomendaciones:

1. Establecer rutinas estructuradas y predecibles en el hogar para promover una adaptación más efectiva y reducir la rigidez cognitiva, ayudando al paciente a anticipar y adaptarse a los cambios.

2. Implementar límites claros y consistentes en el hogar, reforzando las conductas adecuadas y previniendo respuestas impulsivas o agresivas, con un enfoque positivo en la regulación conductual.
3. Fomentar el uso de estrategias de comunicación alternativa (gestos, imágenes, apoyos visuales) para mejorar la interacción social y la comprensión de instrucciones, lo que contribuirá a una mayor independencia en la comunicación.
4. Iniciar actividades graduadas de regulación emocional y manejo de la frustración, adaptadas a su nivel cognitivo, utilizando técnicas de relajación, control de impulsos y modelado de respuestas emocionales.
5. Introducir entrenamiento en habilidades sociales en entornos controlados y estructurados, con supervisión constante para garantizar la seguridad y el aprendizaje progresivo de las interacciones sociales.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa y diagnóstico médico de retardo moderado, quien durante la sesión se muestra colaborador y responde a órdenes simples, aunque con tiempos de respuesta variables. Su comunicación en el momento se realiza principalmente mediante gestos faciales, lo que permite una interacción mínima pero funcional durante la intervención terapéutica.

En la valoración motora se observa que el paciente presenta poco equilibrio y disminución de la propiocepción, lo que afecta su estabilidad y seguridad en actividades estáticas y dinamicas. La marcha se caracteriza por un pie en eversion y una amplia base de sustentación, lo que evidencia un patrón compensatorio para intentar mantener el equilibrio. A pesar de esto, la paciente presenta riesgo de caída durante la marcha, especialmente al realizar giros o cambios rápidos de dirección. Puede correr, pero también con alto riesgo de caída debido a la escasa estabilidad y al pobre control postural. No logra realiza saltos, mostrando limitaciones en la fuerza, coordinación y control motor necesarios para esta actividad.

En las actividades de coordinación y manipulación, el paciente logra lanzar objetos de diferentes formas, aunque sin puntería, lo que refleja dificultades en la integración visomotora. Sin embargo, conserva buen agarre fino, lo cual facilita la manipulación de objetos pequeños y tareas basicas de precision. En las actividades con balon, el paciente puede patearlo, aunque sin control adecuado sobre la dirección o la fuerza aplicada.

En cuanto al desempeño funcional, el paciente realiza algunas actividades de la vida diaria, aunque de manera limitada y con necesidad de apoyo, debido a sus dificultades en equilibrio, propiocepcion y control motor global.

En conclusión, el paciente presenta limitaciones motoras y sensoriales asociadas al retardo moderado, destacando alteraciones en equilibrio, propiocepcion, coordinacion y control postural, junto con un riesgo elevado de caidas tanto en marcha como durante la carrera. A pesar de esto, mantiene habilidades motoras finas funcionales y capacidad para colaborar durante la sesión. Se recomienda fisioterapia enfocada en el entrenamiento de equilibrio, reeducación de la marcha, actividades de integración sensoriomotora, fortalecimiento global y mejora del control motor para favorecer un desempeño más seguro y autónomo en su vida diaria.

Dr. Jefferson Andres Gomez Mendez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA

Motivo de consulta: Evaluación y seguimiento fonoaudiológico para valorar las habilidades comunicativas, funciones estomatognaticas y desempeño funcional del paciente. Observación general El paciente se encuentra en asistencia permanente al programa institucional y requiere atención y seguimiento continuo. Se muestra colaborador y responde a órdenes simples. Su comunicación es limitada, principalmente mediante señas y sonidos no articulados, lo que dificulta la interacción verbal con pares y el entorno social. Saluda y se despide de manera espontánea. Comunicación y lenguaje: Modalidad comunicativa: Se comunica mediante señas, gestos y vocalizaciones inarticuladas. Limitación marcada en la expresión verbal, dificultando la interacción funcional. Intención comunicativa: La intención comunicativa está presente, aunque se expresa a través de canales no verbales y sonidos inarticulados. Lenguaje comprensivo y expresivo: No reconoce colores, números, figuras geométricas y no realiza numeraciones. No posee habilidades de lectura ni escritura. Evaluación de órganos y funciones estomatognáticas. Estructuras: Hipotonia en la musculatura orofacial. Lengua y labios presentan tono y movilidad dentro de parámetros normales. Función respiratoria: Respiración buco nasal. Alimentación y deglución: Sin selectividad alimentaria. Presenta masticación y deglución funcional, sin dificultad aparente.

Diagnóstico fonoaudiológico: El paciente presenta un cuadro compatible con retraso mental moderado, con afectación significativa en la comunicación verbal, predominio de comunicacion no verbal y dificultades en el desarrollo cognitivo que afectan el lenguaje comprensivo y expresivo. A nivel estomatognático se observa hipotonia orofacial, aunque mantiene funciones de masticación y deglución adecuadas. Su interacción social es

limitado por su escasa verbalización, aunque demuestra disposición a comunicarse mediante gestos y señas.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg No. 6012

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente que asiste a programa permanente en la institución Ayudando a Vivir. Durante la sesión se observa inquietud motora permanente, baja tolerancia a actividades estructuradas y mínima colaboración. Presenta hipersensibilidad a estímulos auditivos y baja respuesta a consignas. Muestra dependencia parcial a total en actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión y guía física constante. Se evidencian dificultades en autorregulación, control postural y planificación motora. Utiliza expresiones emocionales básicas como medio de interacción. Se recomienda intervención orientada a la regulación sensorial, estructuración de rutinas, fortalecimiento del control corporal y facilitación de la participación funcional en actividades cotidianas.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La compresión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractos. No reconoce letras ni simbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional.

Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad

María Camila Baquero Villamizar
Bachiller Formadora.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Sebastián Pacheco Romero
Documento de identidad: 1032937471
Edad: 21 años

PSICOLOGA

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión presenta baja atención sostenida y escasa respuesta a consignas, con nivel de colaboración variable. Se observan dificultades en autorregulación emocional y conductual, con baja tolerancia a la frustración y a estímulos ambientales. La comunicación emocional se expresa principalmente a través de gestos, vocalizaciones y conductas no verbales. Responde mejor en contextos estructurados y con acompañamiento constante. Se recomienda intervención psicológica orientada al fortalecimiento de la regulación emocional, adaptación conductual, tolerancia a la frustración y apoyo a cuidadores mediante estrategias de manejo y contención.

Dra. Emma Stella Ruiz R.
Psicóloga
Universidad Santo Tomás

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa que durante la sesión se muestra colaborador, obedeciendo órdenes simples y participando con disposición en las actividades propuestas. La socialización con el terapeuta se establece principalmente mediante gestos faciales, logrando una comunicacion funcional, aunque limitada verbalmente.

En la valoración motora se observa que el paciente presenta poco equilibrio y disminución de la propiocepción, lo que afecta su estabilidad en actividades dinámicas y en algunas posturas. La marcha se caracteriza por poca longitud de paso, aunque mantiene una buena base de sustentación, lo que contribuye a conservar cierta estabilidad durante el desplazamiento. El paciente puede correr, pero lo hace con inseguridad, mostrando vacilación y riesgo moderado de pérdida de equilibrio. En contraste, logra saltar con buena estabilidad, demostrando un nivel adecuado de control motor en actividades que requieren coordinación entre segmentos corporales.

En cuanto a las habilidades de coordinación y motricidad fina, el paciente lanza objetos de diferentes formas, alcanzando una puntería regular, lo que indica una integración visomotora moderada. El agarre fino es adecuado, permitiendo manipular objetos pequeños con eficacia. En actividades con balón, el paciente patea con algo de control, logrando dirigir el movimiento, aunque con necesidad de mejorar la precisión y la fuerza.

En el área funcional, el paciente realiza algunas actividades de la vida diaria, aunque con supervisión en determinadas tareas que requieren mayor coordinación o estabilidad.

En conclusión, el paciente presenta un desempeño motor funcional, con habilidades conservadas en coordinación fina, salto, manipulación de objetos y socialización básica, aunque requiere intervención fisioterapéutica para mejorar el equilibrio, la propiocepción y la estabilidad dinámica, especialmente durante la marcha y la carrera. Se recomienda continuar con actividades terapéuticas enfocadas en el fortalecimiento del control postural, integración sensoriomotora y entrenamiento de la coordinación para potenciar su seguridad y autonomía en las actividades diarias.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA

Motivo de consulta: Valoracion y seguimiento fonoaudiologico para determinar el estado de las habilidades comunicativas, cognitivas-comunicativas y funciones orofaciales, asi como su impacto en la participación social, académica y funcional del paciente. Antecedentes relevantes: Paciente con diagnóstico de retardo mental leve, quien asiste de manera permanente al programa de la Gobernación del Meta en la institución Ayudando a Vivir EAT. Observación comportamental: El paciente se muestra dinámico, atento y colaborador durante la sesion. Obedece ordenes simples de manera adecuada, mantiene contacto visual funcional e interactúa de forma espontánea con el terapeuta y con sus pares. Participa activamente en las actividades propuestas y demuestra disposición favorable hacia la intervención terapéutica. Evaluación de las habilidades comunicativas: Lenguaje expresivo: Expresa ideas, necesidades y opiniones de manera fluida, empleando modalidad verbal. Utiliza frases complejas, con estructura gramatical adecuada. Realiza narraciones relacionadas con experiencias del pasado, presente y futuro, manteniendo coherencia global. Lenguaje comprensivo: Comprende y ejecuta órdenes simples de manera adecuada. Presenta buena disposición para seguir instrucciones dentro de las actividades propuestas. Habilidades lectoescritura: Identifica y escribe vocales correctamente. Identifica algunas consonantes. Escribe palabras con apoyo. Requiere guía para estructurar textos más complejos. Habilidades lógico-matemáticas: Realiza operaciones de suma con apoyo, logrando resolver ejercicios básicos con acompañamiento del terapeuta. Funciones orofaciales: Respiración: Respiración nasal. Alimentación: No presenta selectividad alimentaria. Mastica y deglute sin dificultad, con manejo funcional del bolo alimenticio. Estructuras y funciones orofaciales: normales. Tono y movimientos articulatorios sin alteración. No se evidencian dificultades articulatorias en el habla. Área funcional: El paciente realiza sus actividades de la vida diaria (AVD) de manera

independiente, demostrando un nivel adecuado de autonomía, adaptación y desempeño funcional dentro de su entorno institucional y social. Diagnóstico fonoaudiológico: El paciente presenta habilidades comunicativas funcionales para su edad y contexto, con lenguaje expresivo y comprensivo adecuado, participación activa en la interacción social y conservación de funciones orofaciales normales. Se observan avances y potencial en habilidades académicas básicas, especialmente en lectoescritura y operaciones matemáticas simples, que requieren apoyo estructurado para favorecer mayor autonomía cognitivo-comunicativa.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No. 6022

TERAPIA OCUPACIONAL

El usuario presenta buena apariencia personal e higiene adecuada. Se observa una conducta colaboradora, no verbaliza durante la sesión, pero sigue las instrucciones proporcionadas. Demuestra buen agarre y manejo de diferentes elementos, tales como pelotas y lapiz durante las actividades de coloreado, en las cuales respeta los límites del trazo.

Actualmente no distingue colores y su nivel de comprensión es limitado: sin embargo, mediante repetición de las consignas y apoyo con ejemplos visuales, logra ejecutar las actividades propuestas de manera funcional.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de

actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinacion corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La compresión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni símbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lecoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo mostrando conducta de evitación frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad

Maria Camia Baquero Villamizar
Bachiller Formadora.

FICHA DE VALORACIÓN INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Edwar Steven Palacios Borja
Documento de identidad: 1121901562
Edad: 33 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración psicológica a un paciente masculino diagnosticado con Autismo F84.1, quien presenta limitaciones cognitivas significativas en el área relacional, cognitiva y conductual, lo que interfiere en su desempeño y participación en actividades de la vida diaria. Durante la sesión, se observa una disposición limitada a la colaboración, manteniéndose centrado en estímulos internos y requiriendo guía constante para iniciar y sostener la atención en las actividades propuestas.

En relación con los criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista, se evidencian dificultades persistentes en la comunicación social y en la interacción. El paciente presenta serias limitaciones en la comprensión tanto de instrucciones simples como complejas, mostrando un procesamiento lento de la información y necesidad de repetición frecuente. Las habilidades sociales son escasas y la afectividad se presenta variable, con baja tolerancia a la frustración y marcada dificultad para adaptarse a cambios o situaciones nuevas. Su capacidad para mantener interacciones funcionales es reducida, observándose dependencia de adultos para guiar y sostener la participación.

Asimismo, se identifican patrones de comportamiento restringidos y repetitivos, manifestados mediante aleteo de manos, balanceo del cuerpo y saltos incontrolados. Estas conductas estereotipadas se presentan de forma persistente y afectan directamente su desempeño en actividades funcionales. Se observa, además, rigidez conductual y resistencia marcada al cambio, lo que incrementa la dificultad para desarrollar actividades nuevas o no preferidas.

En el área cognitiva, se aprecian limitaciones relevantes en pensamiento abstracto, baja retención de información y dificultades para organizar secuencias de acción. Su funcionamiento adaptativo se encuentra comprometido, requiriendo supervisión constante en actividades de autocuidado y de la vida diaria, ya que las conductas repetitivas y la desatención dificultan su autonomía y participación.

Considerando las características del paciente, se sugiere un proceso de intervención basado en estrategias estructuradas y consistentes.

Recomendaciones

Incorporar entrenamiento en habilidades sociales y emocionales, enfocado en la identificación y regulación de emociones y en el fortalecimiento de la tolerancia a la frustración.

Aplicar un programa de integración y regulación sensorial para disminuir la frecuencia de conductas repetitivas e incrementar la participación funcional.

El establecimiento de rutinas predecibles contribuirá a mejorar su adaptación a los contextos cotidianos.

Involucrar activamente a la familia mediante estrategias conductuales y mantener una valoración interdisciplinaria para abordar integralmente sus necesidades.



FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa que se presenta con actitud tímida durante la sesión. La interacción inicial es limitada y la colaboración es parcial: obedece algunas órdenes simples, aunque con baja consistencia. No utiliza el habla para comunicarse y recurre a conductas estereotipadas como medio de expresión. Se observa además una conducta persistente de mantener la mano en la zona genital y realizar estimulación en esa área, comportamiento que requiere seguimiento interdisciplinario y supervisión adecuada para su abordaje.

Durante la valoración motora, el paciente muestra falta de equilibrio y disminución de la propiocepción, lo cual afecta su control postural en actividades tanto estáticas como dinámicas. A pesar de estas dificultades, presenta buena marcha y una base de sustentación estable, permitiendo un desplazamiento funcional. No realiza acciones de carrera ni salto; sin embargo, es capaz de superar obstáculos, demostrando un nivel aceptable de coordinación básica y ajuste motor.

En cuanto a la motricidad fina, el paciente presenta buen agarre fino, lo que facilita la manipulación de objetos pequeños. No realiza lanzamientos de objetos y muestra poca tolerancia a texturas, lo que puede limitar la participación en ciertos ejercicios sensoriomotores y actividades manipulativas. En tareas con balón, el paciente logra patearlo, aunque presenta poco control en la dirección y la fuerza, evidenciando dificultad en la coordinación visomotora.

Respecto a las actividades de la vida diaria, el paciente realiza algunas de forma independiente, pero aún requiere apoyo y supervisión debido a la limitada comprensión de órdenes y a la inestabilidad presente en ciertas tareas motoras. La participación en la sesión

mejora gradualmente conforme aumenta la familiaridad con el entorno terapéutico, aunque mantiene un perfil comunicativo restringido.

En conclusión, el paciente presenta una combinación de desafíos en el área motora y sensorial, caracterizados principalmente por alteraciones en equilibrio, propiocepción, tolerancia sensorial y comunicación, junto con habilidades preservadas como la marcha funcional, la manipulación fina y la superación básica de obstáculos. Se recomienda proceso fisioterapéutico con énfasis en integración sensorial, control postural, mejora de la coordinación y estrategias para favorecer la participación comunicativa. Asimismo, se sugiere acompañamiento interdisciplinario para abordar adecuadamente las conductas de estimulación genital y fortalecer el desarrollo integral del paciente.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No 11423

FONOAUDIOLOGIA

Motivo de Valoración: Evaluación del estado actual de las habilidades comunicativas, funciones orofaciales, conducta comunicativa y desempeño funcional con el fin de establecer necesidades terapéuticas y estrategias de intervención.
Antecedentes Relevantes: Paciente con diagnóstico de retardo mental, con limitaciones evidentemente marcados en lenguaje, comunicación disfuncional, habilidades cognitivas y funciones estomatognáticas. Presenta conductas y hábitos que requieren manejo interdisciplinario especializado.
Evaluación del Lenguaje y Comunicación: Lenguaje Expresivo: Presenta habilidades comunicativas muy limitadas. No emplea el habla como medio funcional de comunicación. Produce vocalizaciones, sílabas aisladas y verbalizaciones sin intención comunicativa clara. Exhibe conductas estereotipadas como forma de expresión. Lenguaje Comprensivo: Comprende algunas órdenes simples, aunque de manera inconsistente. Se evidencia dificultad para mantener atención y seguir instrucciones. Pragmática / Interacción Social: Actitud hímica, con muy poca intención comunicativa. Interacción social mínima, mantiene contacto limitado con terapeuta y pares. Presencia de hábitos sexualizados, lo cual interfiere en la dinámica terapéutica y demanda manejo clínico especializado. Lectoescritura
No lee ni escribe. No reconoce grafemas funcionalmente.
Evaluación Orofacial y Funciones Estomatognáticas: Anatomía Orofacial: Labios: superior voluminoso; inferior voluminoso con leve hipotonía. Lengua: engrosada, amplia, con alteración en tono y movilidad. Respiración: bucal. Maxilar inferior: prognatismo marcado. Mordida: abierta. Hábito oral: manos en la boca.

Sialorrea: moderada. Funciones Estomatognáticas: Masticación: con boca abierta; escaso movimiento masticatorio; utiliza la lengua para amasar alimento, generando hipersalivación. Deglución: funcional. Selectividad alimentaria: no presenta.
Desempeño Funcional: Realiza algunas actividades de la vida diaria de forma semiautónoma, aunque requiere supervisión constante. Limitaciones en comprensión verbal y en estabilidad motora dificultan la ejecución de tareas complejas. La participación en sesiones mejora gradualmente a medida que aumenta la familiaridad con el entorno, pero su perfil comunicativo continúa siendo restringido.
Impresión Diagnóstica Fonoaudiológica: Hallazgos compatibles con: Trastorno severo de la comunicación caracterizado por ausencia de lenguaje verbal funcional y escasa intención comunicativa. Trastorno pragmático severo, con interacción social mínima y dificultad para establecer contacto comunicativo. Trastorno fonético-fonológico severo, dada la imposibilidad de producir articulación funcional del habla. Disfunción orofacial severa, asociada a hipotonía labial, alteración en movilidad lingual, respiración bucal, prognatismo, mordida abierta, hábitos orales y sialorrea moderada. Trastorno del desarrollo cognitivo, impactando comprensión, comunicación y autonomía.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg No. 6062

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión se observa inquietud motora permanente, baja tolerancia a actividades estructuradas y mínima colaboración. Presenta hipersensibilidad a estímulos auditivos y baja respuesta a consignas. Muestra dependencia parcial a total en actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión y guía física constante. Se evidencian dificultades en autorregulación, control postural y planificación motora. Utiliza expresiones emocionales básicas como medio de interacción. Se recomienda intervención orientada a la regulación sensorial, estructuración de rutinas, fortalecimiento del control corporal y facilitación de la participación funcional en actividades cotidianas.

Janneth Constanza Garnica L.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La comprensión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractos. No reconoce letras ni símbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad.

María Camila Baquero Villamizar
Bachiller Formadora.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Delvi Stiv Palacios Borja
Documento de identidad: 1021670926
Edad: 18 años

PSICOLOGA

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión presenta baja atención sostenida y escasa respuesta a consignas, con nivel de colaboración variable. Se observan dificultades en autorregulación emocional y conductual, con baja tolerancia a la frustración y a estímulos ambientales. La comunicación emocional se expresa principalmente a través de gestos, vocalizaciones y conductas no verbales. Responde mejor en contextos estructurados y con acompañamiento constante. Se recomienda intervención psicológica orientada al fortalecimiento de la regulación emocional, adaptación conductual, tolerancia a la frustración y apoyo a cuidadores mediante estrategias de manejo y contención.

Dra. Emma Stella Ruiz R.
Psicóloga
Especialista en Salud Mental
Universidad Santo Tomás

FISIOTERAPIA

Paciente con diagnóstico médico de retardo en el desarrollo, quien durante la sesión se muestra con baja colaboración y responde de manera limitada a las órdenes simples. Su comunicación es reducida y se realiza principalmente mediante sonidos, aunque en ocasiones vocaliza algunas palabras dirigidas al terapeuta, lo cual permite una interacción mínima pero funcional.

En la valoración motora se observa que el paciente presenta falta de equilibrio y disminución de la propiocepción, lo que afecta su estabilidad y control postural en las actividades dinamicas y estaticas. La marcha se caracteriza por eversion del pie, con poca longitud de paso y un patrón de desplazamiento lento y poco eficiente. El paciente es capaz de correr distancias cortas, aunque de manera limitada, y realiza saltos muy bajos, con poca estabilidad durante el despegue y el aterrizaje. Aun así, logra pasar obstáculos, demostrando cierta capacidad de adaptación motora a pesar de sus dificultades.

En las tareas de coordinación y manipulación, el paciente logra lanzar objetos de diferentes formas, pero con poca puntería, evidenciando fallas en la integración visomotora. Presenta poco agarre fino, lo cual dificulta actividades que requieren precisión o manipulación delicada. Adicionalmente, muestra poca tolerancia a texturas, lo que interfiere con diversos

actividades sensoriales y de exploración táctil. En actividades con balón, el paciente puede patearlo, aunque con poco control sobre la fuerza y la dirección.

En el área funcional, realiza algunas actividades de la vida diaria, pero de manera limitada y con necesidad frecuente de apoyo o supervisión debido a su bajo equilibrio, pobre coordinación y dificultades motoras globales.

En conclusión, el paciente presenta un perfil con retraso en el desarrollo que se manifiesta en alteraciones en equilibrio, propiocepción, coordinación fina y gruesa, así como en habilidades de comunicación. Aunque conserva ciertas capacidades motoras como la marcha funcional, la superación de obstáculos y la participación parcial en actividades de manipulación, requiere intervención fisioterapéutica continua para mejorar su estabilidad, control motor, tolerancia sensorial y funcionalidad en las actividades de la vida diaria. Se recomienda un abordaje terapéutico orientado a la integración sensorial, fortalecimiento global, entrenamiento de equilibrio y trabajo específico sobre motricidad fina y coordinación.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg. No. 11433

FONOAUDIOLOGIA

Motivo de Valoración: Evaluación del estado actual de las habilidades comunicativas, funciones orofaciales, conducta comunicativa y desempeño funcional con el fin de establecer necesidades terapéuticas y estrategias de intervención.
Antecedentes Relevantes: Paciente con diagnóstico de retardo mental severo, con limitaciones evidentes en lenguaje, comunicación disfuncional, habilidades cognitivas limitadas y funciones estomatognáticas.
Evaluación del Lenguaje y Comunicación: Lenguaje Expresivo: Presenta habilidades comunicativas muy limitadas. No emplea el habla como medio funcional de comunicación. Produce vocalizaciones, sílabas aisladas y verbalizaciones sin intención comunicativa clara. Exhibe conductas estereotipadas como forma de expresión. Lenguaje Comprensivo: Comprende algunas órdenes simples, aunque de manera inconsistente. Se evidencia dificultad para mantener atención y seguir instrucciones. Pragmática / Interacción Social: Actitud exploratoria, con muy poca intención comunicativa. Interacción social mínima, mantiene contacto limitado con terapeuta y pares. Lectoescritura: No lee ni escribe. No reconoce grafemas funcionalmente. Evaluación Orofacial y Funciones Estomatognáticas: Anatomía Orofacial: Labios: superior voluminosa; inferior voluminoso con leve hipotonía. Lengua: engrosada, ancha, con alteración en tono y movilidad. Respiración: bucal. Maxilar inferior: prognatismo marcado. Mordida: abierta. Hábito oral: manos en la boca. Sialorrea: moderada. Funciones Estomatognáticas: Masticación: con

boca abierta; escaso movimiento masticatorio; utiliza la lengua para amasar alimento, generando hipersalivación. Deglución: funcional. Selectividad alimentaria: no presenta. Desempeño Funcional: Realiza algunas actividades de la vida diaria de forma semiautónoma, aunque requiere supervisión constante. Limitaciones en comprensión verbal y en estabilidad motora dificultan la ejecución de tareas complejas. La participación en sesiones mejora gradualmente a medida que aumenta la familiaridad con el entorno, pero su perfil comunicativo continúa siendo restringido.
Impresión Diagnóstica Fonoaudiológica: Hallazgos compatibles con: Trastorno severo de la comunicación caracterizado por ausencia de lenguaje verbal funcional y escasa intención comunicativa. Trastorno pragmático severo, con interacción social mínima y dificultad para establecer contacto comunicativo. Trastorno fonético-fonológico severo, dada la imposibilidad de producir articulación funcional del habla. Disfunción orofacial severa, asociada a hipotonía labial, alteración en movilidad lingual, respiración bucal, prognatismo, mordida abierta, hábitos orales y sialorrea moderada. Trastorno del desarrollo cognitivo, impactando comprensión, comunicación y autonomía.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg No 4052

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente que asiste a programa permanente en la institución Ayudando a Vivir. Durante la sesión se observa inquietud motora permanente, baja tolerancia a actividades estructuradas y mínima colaboración. Presenta hipersensibilidad a estímulos auditivos y baja respuesta a consignas. Muestra dependencia parcial a total en actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión y guía física constante. Se evidencian dificultades en autorregulación, control postural y planificación motora. Utiliza expresiones emocionales básicas como medio de interacción. Se recomienda intervención orientada a la regulación sensorial, estructuración de rutinas, fortalecimiento del control corporal y facilitación de la participación funcional en actividades cotidianas.

Janneth Constanza Garnica L.

ÁREA PEDAGÓGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La comprensión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni símbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad

Camila Baquero

María Camila Baquero Villamizar
Bachiller Formadora.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Edison Andrés Parra
Documento de identidad: 1121893974
Edad: 15 años

PSICOLOGA

Durante el periodo de intervención, el paciente participó en un taller terapéutico estructurado, enfocado en mejorar los procesos de aprendizaje formal, la comunicación verbal, la articulación, la atención sostenida, la planificación y la participación social. Las actividades se adaptaron a sus necesidades cognitivas, utilizando apoyos visuales y estrategias de refuerzo positivo, garantizando su seguridad y motivación durante cada sesión.

El paciente mostró buena disposición y motivación para participar en todas las actividades.
Se evidenció progreso en la atención sostenida durante tareas estructuradas y en la planificación de actividades secuenciadas, aunque persisten dificultades en tareas académicas más complejas.
La comunicación verbal mejoró parcialmente mediante estrategias compensatorias y apoyos gestuales; la articulación sigue siendo un área a reforzar.
Mantuvo estabilidad emocional, regulación adecuada ante cambios y buena disposición para interactuar con pares y adultos.
La integración social dentro del grupo fue efectiva, mostrando cooperación, empatía y respeto por normas y roles.

Se evidenció:

Participación activa y colaborativa en actividades grupales, demostrando habilidades sociales funcionales.
Mejora parcial en la expresión verbal y uso de estrategias compensatorias para superar dificultades de articulación.
Progreso en la atención y planificación durante actividades secuenciadas y estructuradas.
Consolidación de hábitos de participación y autonomía funcional en entornos conocidos y estructurados.
El paciente evidenció avances significativos en integración social, participación guiada, atención y planificación durante el periodo de intervención. Persisten desafíos en aprendizaje formal y articulación, pero su disposición, autonomía y habilidades sociales constituyen fortalezas que favorecen la continuidad del trabajo terapéutico.

Recomendaciones

1. Continuar con actividades de estimulación cognitiva adaptadas a su nivel, fortaleciendo aprendizaje formal, planificación y memoria funcional.

2. Mantener intervención logopédica para mejorar articulación y fluidez verbal, potenciando la comunicación funcional.
3. Promover la participación gradual en contextos menos estructurados y actividades más complejas, asegurando acompañamiento y refuerzo positivo para fortalecer autonomía y habilidades sociales.
4. Mantener rutinas estructuradas y actividades progresivamente desafiantes, reforzando logros y motivando la autoconfianza.



FISIOTERAPIA

Paciente con capacidades diversas, quien durante la sesión se muestra colaborador y responde a órdenes simples, aunque su interacción con el terapeuta es limitada debido a que no verbaliza, comunicándose principalmente mediante comportamientos y contacto visual ocasional. Realiza algunas actividades de la vida diaria con un nivel básico de independencia.

En la valoración motora se observa que el paciente presenta poco equilibrio y disminución de la propiocepción, lo que puede afectar la estabilidad durante tareas más complejas. La marcha es funcional, con buena base de sustentación, aunque se evidencia eversión de ambos pies, la cual influye en la alineación del miembro inferior y puede predisponer a compensaciones posturales. A pesar de ello, el paciente corre y salta con adecuada estabilidad, mostrando un buen control global del cuerpo en actividades dinámicas.

En las actividades de coordinación y manipulación, el paciente lanza objetos de diferentes formas con buena puntería, demostrando adecuada integración visomotora. El agarre es funcional, aunque se identifica la necesidad de mejorar la motricidad fina para optimizar tareas de precisión y manejo de objetos pequeños. En actividades con balón, el paciente patea con buen control, logrando dirigir adecuadamente la fuerza y el movimiento.

A nivel sensoriomotor, las dificultades en equilibrio y propiocepción siguen siendo aspectos prioritarios para el trabajo terapéutico, ya que influyen en la estabilidad y en la seguridad durante la ejecución de movimientos. Pese a esta leve limitación, el paciente muestra una disposición favorable para participar en las actividades propuestas.

En conclusión, el paciente presenta un desempeño motor generalizado funcional, con habilidades adecuadas en desplazamientos y coordinación gruesa, aunque con déficits

notables en motricidad fina, equilibrio y propiocepción. Se recomienda un programa fisioterapéutico orientado a reforzar la estabilidad postural, mejorar la propiocepción, trabajar la alineacion de los pies en eversion y estimular la motricidad fina, favoreciendo asi un mayor desempeño funcional y una mejor calidad de movimiento.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg. No. 11433

FONOAUDIOLOGIA

Descripción general: El paciente asiste de forma permanente a la institución Ayudando a vivir EAT. Durante la sesión se muestra colaborador, receptivo y con disposición favorable para participar en las actividades propuestas. Responde a órdenes simples de manera adecuada. Comunicación y lenguaje: Lenguaje expresivo: Emplea discurso oral con frases semicomplejas cuando se le formula una pregunta. Requiere refuerzo verbal para dinamizar la comunicación. Realiza descripciones sencillas. Presenta imprecisiones articulatorias, especialmente en palabras que contienen fonemas vibrantes. Intencionalidad comunicativa baja, evidenciándose escaso contacto visual. Se comunica frecuentemente mediante comportamientos y acciones independientes.
Lenguaje comprensivo: Comprende órdenes simples y responde de forma funcional. Habilidades académico-comunicativas: Vocabulario limitado
No lee ni escribe. Identifica: Algunas vocales, algunos colores, Posiciones espaciales, Figuras geométricas básicas. Funciones estomatognáticas: Estructuras: Labios: tono y movimientos normales. Lengua: tono y movimientos normales. Musculatura orofacial: leve hipotonía. Funciones Masticación: normal, funcional. Deglución: normal. Selectividad alimentaria: no presenta.
Respiración: nasal Diagnóstico Fonoaudiológico: De acuerdo con los hallazgos el paciente presenta: – Trastorno del desarrollo intelectual grave (F72) con impacto significativo en el lenguaje expresivo y la intencionalidad comunicativa.
– Alteración articulatoria asociada a imprecisión en fonemas vibrantes.
– Leve hipotonía orofacial sin afectación de las funciones de masticación, deglución o respiración.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No. 6053

TERAPIA OCUPACIONAL

El usuario presenta buena higiene y adecuada presentación personal, evidenciando independencia tanto en la higiene mayor como en la higiene menor. En el entorno del hogar mantiene conductas organizadas y participa en las labores asignadas, mostrando disposición para colaborar. Realiza mandados en la comunidad, aunque presenta dificultades para reconocer el valor del dinero, por lo que requiere supervisión o apoyo para estas actividades que implican manejo económico. Ingresa usuario en buenas condiciones de salud, se identifica que es zurdo, utilizando un agarre cilíndrico al momento de colorear. A pesar de las limitaciones en la motricidad fina, respeta los límites del espacio de trabajo y mantiene un desempeño tranquilo y constante frente a las actividades que se le proponen. No reconoce números, colores ni presenta habilidades de escritura, lo cual indica la necesidad de continuar fortaleciendo las áreas de pre-escritura, reconocimiento visual y nociones básicas de aprendizaje.

Se observa que no realiza rutinas deportivas ni hábitos de actividad física en su tiempo libre, lo que podría impactar en su desarrollo motor y en su participación ocupacional. Además, actualmente no asiste al colegio, situación que limita su acceso a experiencias educativas y sociales que podrían favorecer su desarrollo integral.

En general, el usuario mantiene una actitud calmada, colaboradora y receptiva durante las intervenciones, mostrando potencial para avanzar en habilidades motoras, cognitivas y de desempeño funcional a través de procesos terapéuticos estructurados y continuos.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El

lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La compresión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni símbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad

Sandra Milena Gutiérrez Ospina
Bachiller formador.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Samuel Felipe Parrado Castro
Documento de identidad: 1122926387
Edad: 16 años

PSICOLOGA

Se atiende en el área de psicología El paciente nombre de 16 años diagnosticado con Déficit Cognitivo Moderado, lo que se traduce en un retraso en el funcionamiento intelectual en comparación con la media de su grupo de edad. Aunque presenta un desarrollo cognitivo limitado, es funcional en su vida diaria, pero requiere apoyo en diversas áreas, especialmente en aquellas que requieren toma de decisiones rápidas o resolución de problemas complejos. La familia reporta que el paciente ha sido sobreprotegido desde una edad temprana, lo cual ha influido en su percepción de sí mismo y en su relación con el entorno, generando un perfil de persona insegura y dependiente.

A pesar de su diagnóstico de Déficit Cognitivo Moderado, la paciente es bastante funcional en las actividades de la vida diaria, tales como higiene personal, alimentación y cuidado básico de sí mismo. Sin embargo, muestra lentitud en la ejecución de tareas cotidianas que requieren planificación o solución de problemas, en situaciones que demandan una toma de decisiones autónoma, la paciente suele depender de la orientación de otros, ya que no muestra la confianza necesaria para actuar sin apoyo. A nivel social, se observa que sus interacciones son limitadas, posiblemente debido a su naturaleza tímida y su tendencia a evitar situaciones nuevas o desconocidas.

Cognitivamente, el paciente presenta una velocidad de procesamiento lenta, lo que afecta su capacidad para realizar tareas que requieren rapidez en la toma de decisiones y en la resolución de problemas. La ejecución de tareas cognitivas complejas o que impliquen un razonamiento abstracto se ve comprometida. A nivel de aprendizaje, se adapta bien a rutinas y actividades repetitivas, pero muestra dificultades para aprender de manera flexible en situaciones que cambian o que requieren adaptarse a nuevas demandas. Esto sugiere que el paciente tiene un aprendizaje más concreto y estructurado, con una capacidad limitada para adaptarse a situaciones imprevistas.

A nivel emocional, el paciente muestra inseguridad y dependencia emocional, lo cual se ve reflejado en su falta de iniciativa para tomar decisiones de forma independiente. Su comportamiento es característicamente tímido, lo que lo hace menos propenso a asumir riesgos o a participar en interacciones sociales de manera activa. Además, tiene manifestaciones encubiertas de incomodidad en situaciones sociales o de trabajo, lo cual puede evidenciarse en su tendencia a evitar confrontaciones o situaciones que percibe

como desafiantes. Esta incomodidad puede generar tensiones internas y llevar a reacciones de ansiedad o retraimiento. Aunque no es evidente de forma inmediata, su sobreproteccion familiar ha aumentado su inseguridad y dependencia.

El paciente presenta un Déficit Cognitivo Moderado, lo que limita su capacidad para tomar decisiones de manera autonoma y su habilidad para resolver problemas complejos. A pesar de ser funcional en las actividades cotidianas, su lentitud en la toma de decisiones y su falta de confianza en si mismo lo hacen dependiente de los demás. Su inseguridad emocional y su comportamiento timido tambien afectan sus interacciones sociales y su adaptacion a situaciones nuevas. La sobreprotección en su entorno familiar ha incrementado estos rasgos, generando un perfil de dependencia y evitación.

Recomendaciones:

1. Se recomienda un enfoque terapéutico que ayude al paciente a mejorar su toma de decisiones y a desarrollar estrategias de afrontamiento frente a situaciones de ansiedad o incomodidad. Técnicas de exposición gradual podrían ser útiles para aumentar su confianza en situaciones sociales.
2. Se debe trabajar con la familia para reducir la sobreprotección, promoviendo la independencia del paciente en la toma de decisiones cotidianas y en la resolución de problemas. Es importante que el paciente tenga oportunidades para practicar la autonomía en un entorno controlado y seguro.
3. Sería beneficioso proporcionar al paciente actividades cognitivas que fomenten su razonamiento, habilidades de resolución de problemas y toma de decisiones en contextos simples. Utilizar juegos de mesa, ejercicios prácticos y actividades estructuradas puede ser adecuado para mejorar sus habilidades cognitivas.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diverso, quien se muestra colaborador, receptivo y con adecuada socialización durante la intervención. Obedece órdenes simples con facilidad y participa activamente en las actividades planteadas.

Durante la evaluación se observa que presenta poco equilibrio y disminución de la propiocepción, lo que afecta su estabilidad tanto en tareas estáticas como dinámicas. La

marcha se encuentra preservada, pero se evidencia elevación de la pelvis como mecanismo de compensación, especialmente en la fase de impulso o durante los cambios de velocidad. El paciente es capaz de correr y saltar; sin embargo, tiende a perder la estabilidad al ejecutar estas acciones, lo que confirma la necesidad de fortalecer el control postural.

A nivel de habilidades motoras finas y coordinación, el paciente muestra buen agarre fino, manipula objetos con eficiencia y logra lanzarlos en diferentes formas con buena puntería y adecuada coordinación visomotora. En actividades con balón, demuestra capacidad para patearlo con buen control y dirección.

En cuanto al desempeño funcional, el paciente realiza algunas actividades de la vida diaria de manera independiente, aunque requiere supervisión o apoyo parcial para las tareas que demandan mayor equilibrio o planificación motora.

En conclusión, el paciente presenta un perfil motor en el que se destacan buenas habilidades de coordinacion fina y visomotora, asi como la capacidad para ejecutar movimientos dinámicos como correr, saltar y patear. No obstante, el principal desafío se encuentra en la estabilidad y la propiocepción, lo que genera compensaciones en la marcha y pérdida de equilibrio en actividades dinámicas. Se recomienda terapia física enfocada en el fortalecimiento del control postural, entrenamiento de equilibrio y mejora de la propiocepción para favorecer la autonomía funcional y la seguridad en sus desplazamientos.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg. No. 11433

FONOAUDIOLOGIA

Evaluar el estado actual de las habilidades comunicativas, lenguaje, funciones orofaciales, desempeño funcional y requerimientos terapéuticos del paciente.
Antecedentes relevantes: Paciente con diagnóstico de retardo mental moderado, con asistencia continua al programa institucional. Presenta compromiso cognitivo que impacta el desarrollo del lenguaje, la atención, la lectoescritura y la funcionalidad comunicativa.
Evaluación del Lenguaje y Comunicación: Lenguaje Expresivo: Habilidades comunicativas funcionales. Emplea frases semicomplejas, logrando expresar necesidades e intereses. Se evidencia imprecisión articulatoria de tipo funcional, con dificultad en la pronunciación de palabras. Inicia interacciones mediante el humor, mostrando intención comunicativa clara. Lenguaje Comprensivo: Comprende órdenes simples adecuadamente. Requiere apoyo para instrucciones más complejas. Limitaciones en atención y concentración, sosteniendo

actividades por periodos cortos. Lectoescritura: No lee ni escribe. Transcribe palabras con apoyo visual, guía directa y modelado. Pragmática: Mantiene contacto visual intermitente. Participa en turnos conversacionales con apoyo. Comprende normas sociales básicas.
Evaluación Orofacial y Funciones Estomatognáticas: Anatomía orofacial: Labios: superior e inferior voluminosos, este último con leve hipotonía. Lengua: engrosada, ancha, con alteración en el tono y la movilidad, maxilar inferior, prognatismo marcado. Mordida, abierta: Respiración: predominantemente bucal. Funciones: Masticación: con boca abierta y movimientos masticatorios reducidos. Deglución: funcional. Selectividad alimentaria: no presenta
5. Desempeño funcional
Realiza algunas actividades de la vida diaria de manera independiente.
Requiere supervisión parcial o apoyo en tareas que implican equilibrio, planificación motora o mayor complejidad cognitiva.
Impresión Diagnóstica Fonoaudiológica: Hallazgos compatibles con:
Trastorno del lenguaje de tipo mixto (expresivo y comprensivo) asociado a retardo mental moderado.
Trastorno articulatorio funcional.
Compromiso en atención y funciones cognitivas básicas que afectan la comunicación y la lectoescritura. Disfunción orofacial caracterizada por hipotonía labial leve, alteración del tono lingual, respiración bucal, prognatismo y mordida abierta, que repercuten en la articulación del habla y en la función masticatoria.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No. [illegible]

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión se observa inquietud motora permanente, baja tolerancia a actividades estructuradas y mínima colaboración. Presenta hipersensibilidad a estímulos auditivos y baja respuesta a consignas. Muestra dependencia parcial a total en actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión y guía física constante. Se evidencian dificultades en autorregulación, control postural y planificación motora. Utiliza expresiones emocionales básicas como medio de interacción. Se recomienda intervención orientada a la regulación sensorial, estructuración de rutinas, fortalecimiento del control corporal y facilitación de la participación funcional en actividades cotidianas.

Jannetti Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento lapes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La compresión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni simbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitacion, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompoñamiento constante para mantener la permanencia en la actividad

Sandra Milena Gutiérrez Ospina
Bachiller formador.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Luis Eduardo Pedraza
Documento de identidad: 1121872314
Edad: 34 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración en el área de psicologia a paciente masculino de 34 años. Al momento de la evaluación, se observa que presenta serias dificultades en los procesos cognitivos básicos y superiores, incluyendo atención sostenida, memoria, planificación y resolución de problemas. Estas limitaciones impactan significativamente su autonomía y la ejecución de actividades que requieren análisis, secuenciación lógica o toma de decisiones. Requiere apoyo constante y guía para completar tareas complejas o nuevas.

Manfiene buena disposición para socializar y muestra interés por interactuar con su entorno, especialmente con personas conocidas.
Presenta dificultades en la vocalización y en la fluidez verbal, limitando la expresión de ideas complejas o sentimientos más elaborados.
La comprensión verbal se encuentra preservada, respondiendo adecuadamente a instrucciones claras, concretas y repetidas.
Puede beneficiarse del uso de estrategias comunicativas alternativas, apoyos visuales o estructuración de mensajes para mejorar la comunicación funcional.

Funcionalmente Se observa

timidez marcada y labilidad emocional, con cambios frecuentes en el estado de ánimo ante situaciones de presión, exigencia o novedad.
Tiende a evitar situaciones desconocidas o que impliquen incertidumbre, lo que puede afectar su autonomía, iniciativa y capacidad de adaptación.
Presenta signos de ansiedad leve a moderada en contextos de alta demanda social o cuando se le solicita realizar tareas complejas de forma independiente.
Requiere acompañamiento y técnicas de regulación emocional para manejar frustración, estrés y cambios de ánimo.

Buena capacidad de socialización en entornos estructurados y con personas conocidas.
Muestra habilidades sociales funcionales en contextos predecibles, respetando normas y turnos de conversación.
Puede requerir apoyo y orientación para desenvolverse en contextos sociales menos predecibles o de mayor exigencia, donde se evidencian dificultades para anticipar consecuencias o adaptarse a nuevas normas.
La exposición progresiva a situaciones nuevas con refuerzo positivo puede favorecer su autonomía y confianza social.

Paciente adulto con déficit cognitivo leve que presenta limitaciones significativas en atención, memoria, planificación y resolución de problemas. Manfiene buena disposición para socializar, comprensión verbal adecuada y motivación por participar, pero con

expresión verbal limitada y labilidad emocional. La necesidad de apoyo constante para tareas complejas y la tendencia a evitar situaciones nuevas son aspectos que requieren intervención estructurada y acompañamiento continuo.

Recomendaciones terapéuticas:

Implementar ejercicios de estimulación cognitiva adaptados a su nivel.
Uso de estrategias comunicativas alternativas para mejorar la expresión y comprensión.
Aplicar técnicas de regulación emocional como respiración, mindfulness y estructuración de rutinas.
Favorecer su exposicion progresiva a nuevos contextos sociales, asegurando apoyo y refuerzo positivo.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con diagnóstico médico de retraso mental leve, quien durante la sesión se muestra colaborador, respondiendo a órdenes simples y manteniendo una interacción adecuada con el terapeuta a través de algunas palabras y gestos faciales. El paciente realiza algunas actividades de la vida diaria de manera funcional, aunque con ciertas limitaciones motoras que requieren acompañamiento terapéutico.

En la valoración motora se observa que el paciente necesita mejorar el equilibrio y la propiocepción, lo que afecta la estabilidad en actividades dinámicas y el control postural general. La marcha es buena, con un patron estable y una buena base de sustentacion, permitiéndole desplazarse con seguridad relativa. El paciente corre y salta poco, mostrando dificultad para ejecutar movimientos que requieren una mayor fuerza, coordinación y estabilidad.

En las actividades de coordinación, el paciente lanza objetos de diferentes formas, aunque presenta falta de fuerza para realizarlo de manera eficiente y solo consigue algo de puntería, lo que sugiere dificultades en la integración visomotora y en la fuerza de miembros superiores. El agarre es adecuado, pero se observa la necesidad de mejorar la motricidad fina para optimizar tareas que requieren precisión y control manual. En actividades con balón, el paciente patea con algo de control, logrando dirigir el movimiento aunque de forma intermitente.

En conclusión, el paciente presenta limitaciones leves en equilibrio, propiocepción, fuerza y coordinación fina, acompañadas de dificultades al realizar actividades dinámicas como correr, saltar y lanzar. A pesar de ello, mantiene un buen patron de marcha y un nivel funcional que le permite realizar diversas tareas cotidianas y participar activamente en la terapia. Se recomienda fisioterapia enfocada en fortalecimiento global, mejora del control postural, desarrollo de la motricidad fina y entrenamiento de la propiocepción, con el fin de potenciar su desempeño motor y su autonomía en actividades diarias.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA

Motivo de consulta: Evaluación y seguimiento fonoaudiológica para valorar el estado actual de las habilidades comunicativas, funciones estomatognáticas y desempeño funcional del paciente. Observación general :El paciente asiste de forma permanente al programa institucional. Durante la sesión se muestra colaborador, respondiendo a órdenes simples y semicomplejas con apoyo parcial. Mantiene una interacción adecuada con el terapeuta a través de palabras y frases sencillas, aunque inarticuladas y sin estructuración gramatical. Presenta leve disfemia en respuestas espontáneas. Comunicación y lenguaje: Modalidad comunicativa: Emplea palabras y frases simples, con articulación reducida. Presenta disfemia leve en el habla espontánea. Procesos de respuesta verbal lentos, en ocasiones sin coherencia. Intención comunicativa. Pregunta y responde de forma funcional. Mantiene intención comunicativa acorde a su nivel cognitivo.
Lenguaje comprensivo y expresivo: Vocabulario limitado. No identifica colores, números ni figuras geométricas. No presenta habilidades de lectura ni escritura.
Evaluación de órganos y funciones estomatognáticas: Estructuras
Tono y movilidad orofacial dentro de parámetros funcionales. Leve hipotonía en el ápice lingual, con lengua delgada y en punta. Función respiratoria: Respirador nasal.
Alimentación y deglución: Masticación y deglución funcionales.
Consume todo tipo de alimentos sin dificultad.
Diagnóstico fonoaudiológico: El paciente presenta alteraciones moderadas en el lenguaje expresivo, evidenciadas en articulación inadecuada, producción verbal lenta y ocasional incoherencia discursiva. Su diagnóstico de retraso mental leve se refleja en limitaciones cognitivas que afectan la estructuración gramatical, ampliación del vocabulario y comprensión de conceptos. En el área estomatognática se observa adecuado funcionamiento general, con leve hipotonía lingual que puede influir en la precisión articulatoria.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No 4052

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente que asiste a programa permanente en la institución Ayudando a Vivir. Durante la sesión se observa inquietud motora permanente, baja tolerancia a actividades estructuradas y mínima colaboración. Presenta hipersensibilidad a estímulos auditivos y baja respuesta a consignas. Muestra dependencia parcial a total en actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión y guía física constante. Se evidencian dificultades en autorregulación, control postural y planificación motora. Utiliza expresiones emocionales básicas como medio de interacción. Se recomienda intervención orientada a la regulación sensorial, estructuración de rutinas, fortalecimiento del control corporal y facilitación de la participación funcional en actividades cotidianas.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La comprensión verbal es limitado, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni símbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere

pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad

Sandra Milena Gutiérrez Ospina
Bachiller formador.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACIÓN INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Jonan Sebastián Pena García.
Documento de identidad: 1122932868
Edad: 12 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración en el área de psicología a paciente masculino de 12 años, diagnosticado con Retardo mental leve. Al momento de la valoración se le percibe alerta, orientado de forma global, reconoce su nombre y es capaz de responder preguntas sencillas, con intención comunicativa, pero con dificultades de pronunciación, bastante inquieto e hiperactivo.

se observan indicadores acordes al diagnóstico previo de discapacidad intelectual leve. En el área atencional, el paciente presenta dificultad para mantener la atención sostenida, mostrando distractibilidad ante estímulos del ambiente y cambios constantes de foco atencional. La atención selectiva se encuentra conservada para tareas breves y concretas, siempre que la demanda sea baja.

En cuanto a la memoria, se observa que la memoria inmediata funciona de manera adecuada para consignas simples, mientras que la memoria de trabajo muestra limitaciones, especialmente cuando se requiere manipulación de información o seguimiento de instrucciones de más de dos pasos. La memoria a largo plazo se encuentra relativamente preservada en cuanto a eventos cotidianos y aprendizajes rutinarios.

El lenguaje expresivo evidencia intención comunicativa clara, aunque persisten dificultades articulatorias que afectan la fluidez verbal. El lenguaje comprensivo permite la comprensión de instrucciones simples y concretas, pero se observa menor eficacia cuando las frases son complejas o abstractas.

En el área de funcionamiento ejecutivo, se identifican dificultades en la planificación, organización de conductas y autocontrol, lo cual se refleja en conductas impulsivas e inquietud motora. La capacidad para resolver problemas se muestra adecuada ante situaciones prácticas y conocidas, pero limitada frente a tareas nuevas que requieren razonamiento abstracto o flexibilidad cognitiva.

En cuanto al razonamiento, el paciente muestra un nivel de pensamiento concreto y una comprensión adecuada de conceptos básicos, aunque con limitaciones para la generalización de aprendizajes y el manejo de información compleja.

En conjunto, el perfil cognitivo observado es consistente con un funcionamiento intelectual limítrofe a leve, requiriendo apoyos estructurados para la adquisición de habilidades académicas, la organización de actividades y la adaptación a demandas cognitivas superiores.

Recomendaciones generales:

Mantener acompañamiento psicológico para trabajar habilidades sociales, regulación emocional y comunicacion funcional.

Evaluación interdisciplinaria (psicopedagogia, fonoaudiologia u otras áreas si se considera pertinente) para optimizar el apoyo integral.

Observacion continua de las conductas de hiperactividad para valorar su impacto en el contexto escolar y familiar.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con diagnóstico médico de retraso mental leve. Durante la sesión se observa un comportamiento colaborador, aunque el paciente se muestra un poco tímido y socializa de forma limitada con el terapeuta. Obedece pocas órdenes simples, lo que puede influir en el desarrollo de algunas actividades.

En la evaluación motora, el paciente presenta buen equilibrio y adecuada propiocepción, lo que favorece su control postural en tareas estáticas y dinámicas. La marcha es funcional; no obstante, se evidencia adelantamiento de la cabeza durante el desplazamiento. Presenta pies planos pero conserva una buena base de sustentación, lo que le permite mantener estabilidad. Demuestra habilidades motoras gruesas adecuadas, como correr y saltar sin dificultad, y patea el balón con buen control.

En cuanto a la motricidad fina, el paciente presenta un buen agarre y capacidad para lanzar objetos de diferentes formas, logrando buena puntería. Sin embargo, aún requiere continuar fortaleciendo la motricidad fina para mejorar la precisión y la coordinación en actividades más específicas.

En el área funcional, el paciente realiza de manera independiente sus actividades de la vida diaria. Aunque socializa poco con el terapeuta, mantiene una actitud colaboradora durante las sesiones, lo que facilita el proceso terapéutico.

En conclusión, se trata de un paciente con retraso mental leve que presenta buenas habilidades motoras gruesas y adecuadas capacidades posturales, con áreas de intervención enfocadas en la mejora de la motricidad fina, el seguimiento de órdenes simples y la corrección del adelantamiento de la cabeza durante la marcha para optimizar su funcionalidad y autonomía.



Dr. Jefferson Andres Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No 11403

FONOAUDIOLOGIA

Paciente que asiste a programa permanente en la institución Ayudando a Vivir. Durante la sesión presenta inquietud motora constante y baja disposición para la participación, no responde a órdenes simples, lo que limita la interacción terapéutica. La comunicación es reducida y básica, orientada principalmente a la expresión de estados emocionales y búsqueda de atención. Emite sonidos vocálicos y silábicos nasalizados, predominando estereotipias verbales. La comprensión del lenguaje receptivo es muy limitada. A nivel orofacial se observa hipotonia generalizada, con dificultades en la masticación, control salivar y manejo de alimentos sólidos y líquidos. Requiere apoyo constante durante la sesión. Se sugiere intervención orientada al fortalecimiento de la comunicación funcional, la estimulación orofacial y el acompañamiento en procesos de alimentación.



Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg No 6067

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente que asiste a programa permanente en la institución Ayudando a Vivir. Durante la sesión se observa inquietud motora permanente, baja tolerancia a actividades estructuradas y mínima colaboración. Presenta hipersensibilidad a estímulos auditivos y baja respuesta a consignas. Muestra dependencia parcial a total en actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión y guía física constante. Se evidencian dificultades en autorregulación, control postural y planificación motora. Utiliza expresiones emocionales básicas como medio de interacción. Se recomienda intervención orientada a la regulación sensorial, estructuración de rutinas, fortalecimiento del control corporal y facilitación de la participación funcional en actividades cotidianas.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Descripción del proceso académico y pedagógico:

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades lúdico-recreativas, artísticas y de estimulación integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, motrices, comunicativas y socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomía. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a rutinas pedagógicas y respuesta a los estímulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.

Observaciones pedagógicas: Proceso en evolución favorable.

Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias adaptadas.

Jeimy Karolina Cubides Moreno
Técnico laboral en preescolar.

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Andrés Ricardo Pérez Ortega
Documento de identidad: 1059906858
Edad: 38 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración psicológica de un paciente masculino de 38 años con diagnóstico de Síndrome de Down y déficit cognitivo severo, quien presenta un desarrollo global altamente comprometido. A nivel cognitivo se observa lentitud marcada en sus procesos de pensamiento, respuestas y actitudes, con serias dificultades en la comprensión, atención sostenida, memoria y resolución de problemas, necesitando apoyos constantes y explícitos para realizar incluso actividades básicas. El paciente se muestra dinámico, con bajo nivel de iniciativa y motivación, mostrando dependencia casi total para iniciar o completar tareas, así como tendencia a la pasividad ante estímulos nuevos o instrucciones. En el área socioemocional evidencia afectividad y sociabilidad limitada, regulando con dificultad emociones básicas y mostrando reactividad mínima frente a cambios de rutina o estímulos del entorno. En cuanto al lenguaje, su expresión verbal es escasa y poco funcional, requiriendo gestos, señalamientos y apoyos visuales para comunicarse y comprender instrucciones. A nivel físico y funcional se observa debilidad general, baja resistencia y propensión a enfermedades, lo que limita su participación en actividades prolongadas o que requieran esfuerzo, reforzando su dependencia y su lentitud en actitudes y movimientos. Su perfil global indica la necesidad de intervenciones altamente estructuradas, con énfasis en la estimulación cognitiva simple, mantenimiento de habilidades adquiridas, regulación emocional y prevención de riesgos físicos o conductuales, adaptadas a su ritmo extremadamente lento y limitado.

Recomendaciones

Se recomienda implementar un programa terapéutico basado en actividades de muy baja complejidad, estructuradas en pasos simples y repetitivos, con apoyo constante del terapeuta o cuidador, respetando su ritmo de respuesta y permitiendo pausas frecuentes. Es fundamental reforzar rutinas predecibles que faciliten la organización de su día a día, acompañadas de apoyos visuales y gestuales para la comprensión de instrucciones. Se sugiere fomentar actividades que promuevan mínima autonomía y estimulación física adaptada a su resistencia y condiciones de salud, con seguimiento médico regular para prevenir complicaciones asociadas a su debilidad y propensión a enfermedades. En el ámbito socioemocional, se recomienda reforzar conductas de cooperación y participación mediante refuerzos positivos, evitando situaciones que generen frustración o desmotivación. Finalmente, es imprescindible orientar a los cuidadores sobre estrategias de manejo, acompañamiento constante y prevención de riesgos, garantizando un entorno seguro, estructurado y afectivo.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con diagnóstico medico de sindrome de Down, quien durante la sesion se muestra poco colaborador, respondiendo a órdenes simples de manera limitada y sin socializar con el terapeuta. Su comunicación se da principalmente a través de gestos faciales, especialmente para expresar enojo o disgusto.

En la valoración motora se evidencia poco equilibrio y disminución de la propiocepción, lo que afecta la seguridad durante la marcha y otras actividades dinámicas. La marcha se observa con poca longitud de paso, aunque mantiene una buena base de sustentación, lo que le proporciona cierta estabilidad en desplazamientos lentos y controlados. El paciente no corre ni salta, pero muestra buena estabilidad al bajar escalones, reflejando capacidad funcional en actividades que requieren control segmentario y apoyo gradual.

En cuanto a la coordinación y manipulación de objetos, el paciente no lanza objetos y presenta poco agarre, evidenciando limitaciones en la motricidad fina y en la coordinación visomotora.

En conclusión, el paciente presenta limitaciones significativas en equilibrio, propiocepción, coordinación y motricidad fina, lo que impacta su seguridad y desempeño en actividades dinámicas. A pesar de estas dificultades, mantiene estabilidad en tareas controladas como bajar escalones. Se recomienda un programa fisioterapeutico enfocado en fortalecer el control postural, la propiocepción, la coordinación y la motricidad fina, acompañado de estrategias que promuevan la colaboración y la comunicación funcional durante la intervencion.

Dr. Jefferson Andrés Gomez Méndez
Fisioterapeuta
Reg. No. 11433

FONOAUDIOLOGIA

Motivo de consulta: Evaluación y seguimiento fonoaudiológico para determinar el estado actual de las habilidades comunicativas, funciones estomatognáticas y desempeño funcional del paciente. Observación general: El paciente asiste de forma permanente al programa institucional. Se muestra disperso, responde visualmente al ser llamado por su nombre y sigue órdenes simples únicamente con apoyo completo. Presenta escasa iniciativa comunicativa y mínima interacción con el entorno. Comunicación y lenguaje. Modalidad comunicativa:
La comunicación se expresa principalmente mediante gestos faciales, especialmente para manifestar gusto o disgusto. No se evidencia interacción comunicativa funcional. Ocasionalmente emite vocalizaciones o palabras inarticuladas bajo refuerzo verbal. Muestra escaso contacto visual y no interactúa con pares. Intención comunicativa: intención comunicativa muy limitada, con predominio de comunicación no verbal. Se limita a observar el entorno sin participar activamente en intercambios comunicativos. Lenguaje comprensivo y expresivo: No se observan habilidades verbales funcionales. No presenta reconocimiento de conceptos básicos. No posee habilidades de lectura, escritura, trazos o coloreado.
Evaluación de órganos y funciones estomatognáticas Estructuras: Hipotonía generalizada en musculatura facial y peribucal. Lengua engrosada, ulcerada y anclada, con alteraciones en tono y movilidad. Función respiratoria: Respiración buco nasal. Alimentación y deglución: Sin selectividad alimentaria. Masticación lenta, con interposición lingual para preparar el bolo alimenticio. Deglución funcional, pero con apoyos debidos a las características anatómicas y alteraciones tonales.
Área funcional: No lee ni escribe. No realiza trazos ni coloreado.
Requiere asistencia para actividades motoras finas y para tareas que implican coordinación visomotora. Diagnóstico fonoaudiológico: El paciente presenta un perfil comunicativo severamente comprometido, con ausencia de interacción funcional, mínima respuesta verbal y predominio de comunicación gestual básica. Las características propias del síndrome de Down, sumadas a la hipotonía generalizada y alteraciones en la movilidad lingual, afectan significativamente el desarrollo del habla y las funciones estomatognáticas. Presenta además limitaciones motoras finas y visomotoras que interfieren en la realización de actividades académicas y de autonomía.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No. 6052

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión se observa inquietud motora permanente, baja tolerancia a actividades estructuradas y mínima colaboración. Presenta hipersensibilidad a estímulos auditivos y baja respuesta a consignas. Muestra dependencia parcial a total en actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión y guía física constante. Se evidencian dificultades en autorregulación, control postural y planificación motora. Utiliza expresiones emocionales básicas como medio de interacción. Se recomienda intervención orientada a la regulación

sonsorial, estructuración de rutinas, fortalecimiento del control corporal y facilitación de la participación funcional en actividades cotidianas.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La compresión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni simbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad

María Camia Baquero Villamizar
Bachiller Formadora.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACIÓN INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Luis Santiago Pulido Leon
Documento de identidad: 1029984151
Edad: 11 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración psicológica de un paciente masculino de 11 años de edad, con diagnóstico previo de déficit cognitivo, quien durante la sesión se muestra atento, alerta y con adecuada disposición emocional, manteniendo una actitud colaboradora a lo largo de las actividades propuestas. El paciente obedece órdenes simples de forma adecuada y demuestra capacidad de vinculación positiva, interactuando espontáneamente con el terapeuta, lo que facilita la ejecución de las tareas y permite una observación funcional de sus habilidades. A nivel cognitivo, el paciente evidencia un ritmo de procesamiento ligeramente lento, aunque suficiente para comprender indicaciones breves y concretas. Se observa adecuada atención sostenida en tareas de corta duración, pudiendo mantener el foco sin distractibilidad relevante. La comprensión verbal se encuentra conservada para instrucciones simples, requiriendo en ocasiones apoyo gestual o repetición para consignas más complejas, lo cual es consistente con un nivel cognitivo límite o deficitario leve. La memoria inmediata se muestra funcional para retener información básica, permitiéndole ejecutar secuencias cortas de acción. En cuanto a la resolución de problemas, responde adecuadamente ante situaciones concretas que no demandan abstracción, utilizando estrategias simples y apoyándose en la guía externa del terapeuta cuando la tarea incrementa en complejidad.

A nivel socioemocional, el paciente se muestra animado y receptivo, expresa emociones básicas de manera adecuada y mantiene conductas de interacción social positivas. Su regulación emocional durante la sesión es estable y no se observan reacciones desproporcionadas frente a los cambios de actividad.

A nivel de desarrollo psicomotor , el paciente presenta dificultades en el equilibrio y motricidad fina conservada, reflejando planificación y control motor adecuados para su edad.

El funcionamiento cognitivo descrito es congruente con un desarrollo intelectual limitado, caracterizado por adecuada comprensión de información concreta, necesidad de apoyos para tareas de mayor complejidad cognitiva y un estilo de aprendizaje basado en la repetición, la estructuración y la guía externa. Sus competencias motoras y socioemocionales favorecen su participación en actividades terapéuticas y escolares cuando las instrucciones se presentan de manera clara y secuencial.

Recomendaciones

- Implementar intervenciones cognitivas estructuradas, con instrucciones simples, repetición de consignas y modelamiento.

- Favorecer actividades que fortalezcan la memoria operativa, la atención selectiva y la resolución de problemas concretos.
- Continuar con ejercicios que estimulen motricidad gruesa y propiocepción, integrándolos en tareas lúdicas.
- Promover actividades que consoliden la coordinación visomotora y la motricidad fina, especialmente aquellas que involucren manipulación de objetos pequeños.
- Utilizar apoyos visuales y rutinas predecibles para mejorar la comprensión y la anticipación de tareas.
- Mantener intervenciones socioemocionales que estimulen la expresión emocional adecuada, la socialización guiada y el fortalecimiento de la autonomía progresiva.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diverso, quien durante la sesión se muestra atento, alerta y animado, manteniendo buena disposición para participar en las actividades propuestas. El paciente obedece órdenes simples de manera adecuada y se muestra colaborador, socializando de forma positiva con el terapeuta, lo que favorece el desarrollo de la intervención.

En la valoración motora, se observa que el paciente presenta necesidad de mejorar el equilibrio y la propiocepción, aunque a nivel funcional logra compensar adecuadamente estas dificultades en la mayoría de las actividades. La marcha es buena, con un patrón estable y eficiente. Asimismo, el paciente corre y salta con estabilidad, demostrando un adecuado control motor y una integración sensoriomotora favorable para su desempeño.

En las tareas de coordinación visomotora, el paciente lanza objetos de diferentes formas con buena puntería, lo que indica un adecuado ajuste entre el control motor y la percepción visual. También presenta buen agarre fino, permitiendole manipular objetos pequeños con precisión y realizar tareas que requieren destreza manual. En las actividades con balón, el paciente patea con buen control, dirigiendo el movimiento con intención y coordinación adecuada.

En el área funcional, el paciente realiza de manera independiente sus actividades de la vida diaria, demostrando un buen nivel de autonomía y un desempeño acorde a sus capacidades actuales.

En conclusión, el paciente presenta un perfil motor y funcional favorable, con habilidades bien desarrolladas en equilibrio dinámico, coordinación fina, control motor y movilidad

general. Aun así, se recomienda actividades de fisioterapia orientadas a estimular y reforzar el equilibrio y la propiocepción, con el fin de optimizar su control postural y mantener un desempeño motor seguro y eficiente en todas sus actividades.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg. No 11433

FONOAUDIOLOGIA

MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES: Paciente masculino de 11 años de edad, quien asiste a programa permanente en la institución AYUDANDO A VIVIR , en el marco de un programa de la Gobernación. El paciente presenta antecedentes de discapacidad cognitiva y se encuentra integrado en un centro educativo regular. Se solicita evaluación/seguimiento fonoaudiológico para determinar su perfil comunicativo y funcional actual.
OBSERVACIONES CONDUCTUALES Y FUNCIONALES: Durante la sesión, el paciente se mostró atento, activo, alerta y animado, manteniendo buena disposición para participar en las actividades propuestas. Luis Santiago obedece órdenes simples y semicomplejas de manera adecuada y se muestra colaborador, socializando de forma positiva con la terapeuta y sus pares, lo que favorece el desarrollo de la intervención. No se reportan alteraciones conductuales ni selectividad alimenticia. En el área funcional, el paciente realiza de manera independiente sus actividades de la vida diaria (AVD), demostrando un buen nivel de autonomía y un desempeño acorde a sus capacidades actuales. Se realizó una evaluación fonoaudiológica cualitativa (basada en los datos aportados), con énfasis en las habilidades lingüísticas y comunicativas: Lenguaje Comprensivo y Expresivo
Comprensión Oral: El paciente demuestra una adecuada comprensión para su edad y condición, siguiendo órdenes simples y semicomplejas sin dificultad. Expresión Oral: Se expresa con frases semicomplejas de forma fluida, sin alteración en la articulación o estructura gramatical en la información proporcionada. Habilidades Pragmáticas: Interacción Social: Mantiene una socialización positiva con el terapeuta y muestra disposición para la colaboración y la participación cuando se le solicita, frecuentemente se observa callado y distraído, en grupo muestra tranquilidad. Habilidades Lectoescritoras: Lectura y Escritura: El paciente lee y escribe de forma aceptable. Comprensión Lectora: Se identifica dificultad en la comprensión lectora, lo que sugiere un área de trabajo a nivel semántico y cognitivo.
Funciones Orofaciales / Alimentación : No se observan dificultades en las funciones estomatognáticas ni selectividad alimenticia.
Diagnóstico fonoaudiológico : A partir de los datos obtenidos y los antecedentes aportados, Luis Santiago Pulido León presenta un perfil comunicativo funcional favorable, con fortalezas en la obediencia de órdenes y la interacción social.

El diagnóstico principal está asociado a las secuelas funcionales de su discapacidad cognitiva, lo que impacta específicamente en procesos cognitivo-lingüísticos superiores, como se evidencia en la dificultad en la comprensión lectora.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No. 6032

TERAPIA OCUPACIONAL

El usuario, con diagnóstico de retraso mental leve, ingresa a la sesión en buenas condiciones generales de salud. Durante la intervención se observa un adecuado desempeño en motricidad fina, buen agarre y utilización funcional de la pinza trípode al tomar el lápiz, así como una correcta coordinación visomotora al colorear respetando los límites. Se muestra tranquilo, receptivo y con buena disposición para seguir instrucciones, manteniendo una actitud colaboradora a lo largo de la sesión. Presenta buen equilibrio y autonomía en las actividades de la vida diaria, evidenciando independencia y participación en las tareas del hogar. En cuanto a sus funciones cognitivas, se identifica una atención sostenida baja, lo que puede interferir en la continuidad de actividades estructuradas. Su lenguaje es claro y comprensible, aunque se mantiene poco expresivo en la comunicación espontánea. En general, su desempeño ocupacional se considera adecuado, con áreas que requieren fortalecimiento, especialmente en atención sostenida y expresión verbal.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderado, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural.

Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinacion oculo-manual, presion y manipulacion de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La compresión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni simbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad

Sandra Milena Gutiérrez Ospina
Bachiller formador.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACIÓN INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Stephani Pulido Tovar
Documento de identidad: 1029984151
Edad: 18 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración en el área de psicología a paciente femenina, quien presenta dificultades significativas en los procesos cognitivos, la regulación emocional y la autonomía, las cuales impactan su desempeño funcional en los diferentes contextos de interacción.

Procesos Cognitivos:
Se evidencian dificultades persistentes en la comprensión y ejecución de instrucciones complejas, especialmente aquellas que requieren mayor nivel de abstracción. La paciente presenta un tiempo de atención limitado, principalmente en tareas no estructuradas o de alta exigencia cognitiva. Se observan dificultades en la planificación, organización y secuenciación de actividades, lo que afecta su desempeño académico y cotidiano. Asimismo, se identifica rigidez cognitiva, con limitada capacidad para generar soluciones alternativas ante problemas o situaciones nuevas.

Regulación Emocional:
La paciente presenta reacciones emocionales desproporcionadas ante situaciones frustrantes, las cuales se manifiestan con mayor frecuencia en contextos no terapéuticos. Se evidencian dificultades para generalizar las estrategias de manejo emocional aprendidas en sesión a su entorno cotidiano. Asimismo, se observan respuestas impulsivas en situaciones de alta carga emocional, lo que interfiere en la toma de decisiones. Muestra niveles elevados de ansiedad ante tareas nuevas o cambios en la rutina, incrementando la resistencia a la adaptación.

Autonomía y Adaptación:

Requiere supervisión constante para completar actividades de mayor complejidad. Presenta resistencia ante cambios en la rutina o la incorporación de tareas nuevas, generando frustración y evitación. Se observan dificultades en la autorregulación en actividades que demandan iniciativa propia, así como una marcada dependencia de instrucciones externas para iniciar, mantener y finalizar actividades. La paciente presenta un compromiso en los procesos cognitivos, la regulación emocional y la autonomía funcional. Las dificultades en atención, planificación, flexibilidad cognitiva y manejo emocional limitan su adaptación y desempeño en contextos cotidianos, por lo que requiere intervención terapéutica continua, estructurada y orientada al fortalecimiento de habilidades adaptativas y autonomía progresiva.

Recomendaciones

Establecer rutinas claras, predecibles y visualmente apoyadas, anticipando cambios con tiempo suficiente para reducir la ansiedad y favorecer la adaptación conductual y emocional.

Implementar estrategias básicas y consistentes de regulación emocional (respiración guiada, pausas estructuradas, validación emocional), reforzándolas de manera constante para facilitar su generalización a contextos cotidianos.

Promover la independencia progresiva mediante tareas simples y secuenciales, disminuyendo de forma paulatina la supervisión directa, utilizando refuerzo positivo

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa. Durante la sesión se muestra colaborador, obedece órdenes simples y mantiene adecuada socialización con el terapeuta. Realiza sus actividades de la vida diaria de manera funcional dentro de sus capacidades.

En la evaluación motora se observa poco equilibrio y disminución de la propiocepción, lo cual afecta la estabilidad en actividades que requieren control postural. Presenta buena marcha y una base de sustentación estable, facilitando un desplazamiento seguro. Es capaz de correr, aunque con poca seguridad, y también ejecuta el salto, demostrando iniciativa motora pese a sus limitaciones.

Respecto a la coordinación y habilidades manipulativas, el paciente muestra un buen agarre y la capacidad de lanzar objetos de diferentes formas, sin embargo, lo hace sin puntería. Se evidencia la necesidad de continuar trabajando la motricidad fina para mejorar la precisión y coordinación manual.

En actividades con balón, el paciente logra patearlo con semi control, mostrando un nivel funcional aceptable pero susceptible de mejora con entrenamiento dirigido.

En conclusión: Se trata de un paciente con capacidad diversa que presenta habilidades motoras gruesas funcionales, aunque con limitaciones en equilibrio, propiocepción y precisión en tareas manipulativas. Los principales objetivos de intervención deben enfocarse en mejorar el equilibrio, fortalecer la propiocepción, desarrollar la motricidad

fina y aumentar la seguridad durante la carrera, con el fin de optimizar su desempeño funcional y autonomía



Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg. No. 11433

FONOAUDIOLOGIA

Paciente que asiste a programa permanente en la institución Ayudando a Vivir. Durante la sesión presenta inquietud motora constante y baja disposición para la participación. No responde a órdenes simples, lo que limita la interacción terapéutica. La comunicación es reducida y básica, orientada principalmente a la expresión de estados emocionales y búsqueda de atención. Emite sonidos vocálicos y silábicos nasalizados, predominando estereotipias verbales. La comprensión del lenguaje receptivo es muy limitada. A nivel orofacial se observa hipotonía generalizada, con dificultades en la masticación, control salivar y manejo de alimentos sólidos y líquidos. Requiere apoyo constante durante la sesión. Se sugiere intervención orientada al fortalecimiento de la comunicación funcional, la estimulación orofacial y el acompañamiento en procesos de alimentación.



Dra. Claudia Patricia Dejarano
Fonoaudióloga
Reg. No. 6002

TERAPIA OCUPACIONAL

usuaria con capacidad diversa que durante las sesiones de terapia ocupacional se muestra colaboradora, responde a órdenes simples y mantiene una adecuada interacción social con el terapeuta. Presenta un desempeño funcional en las actividades de la vida diaria, acorde a sus capacidades.

Desde el componente sensoriomotor, se evidencia disminución del equilibrio y de la propiocepción, lo cual incide en la estabilidad durante actividades que requieren mayor control postural. A pesar de estas dificultades, la usuaria presenta una marcha funcional con base de sustentación estable, permitiendo desplazamientos seguros. Demuestra iniciativa motora para correr, aunque con baja seguridad, y ejecuta el salto con estabilidad limitada.

En el área de coordinación y habilidades manipulativas, la usuaria presenta agarre funcional y capacidad para lanzar objetos de diferentes formas, observándose dificultad en la puntería. Se identifica la necesidad de continuar fortaleciendo la motricidad fina para

mejorar la precisión y la coordinación manual. En actividades con balón, la usuaria patea con control parcial, evidenciando un nivel funcional susceptible de mejora mediante intervencion terapeutica dirigida.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Descripción del proceso académico y pedagógico:

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades lúdico-recreativas, artísticas y de estimulación integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, motrices, comunicativas y socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomía. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a rutinas pedagógicas y respuesta a los estímulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.

Observaciones pedagógicas: Proceso en evolución favorable.

Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias adaptadas.

Sandra Milena Gutiérrez Ospina
Bachiller formador.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Elihu Martin Retamozo Gutierrez
Documento de identidad: 1044609558
Edad: 20 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración psicológica de un paciente de 20 años diagnosticado con Q90.9 (Sindrome de Down), quien asiste en buenas condiciones físicas y emocionales para seguimiento en el área de psicología, con el objetivo de fortalecer habilidades de comunicación, autonomía y desarrollo socioemocional. A nivel cognitivo presenta serias dificultades en los procesos formales, con limitaciones en razonamiento abstracto, memoria de trabajo y resolución de problemas, requiriendo estrategias concretas y apoyo visual; no obstante, comprende adecuadamente instrucciones en contextos estructurados y aprende con mayor eficacia a partir de ejemplos prácticos. En cuanto al lenguaje, ha mostrado avances progresivos en su expresión oral, pudiendo manifestar intereses y necesidades con apoyo verbal y gestual, aunque aún requiere mayor tiempo de procesamiento y mantiene dependencia del lenguaje no verbal para complementar su discurso. En el ámbito socioemocional se observa tranquilo, estable y con buena integración social, mostrando adecuada regulación emocional, participación activa en actividades grupales y capacidad para expresar sus necesidades de forma autónoma. En el área motora evidencia notable habilidad manual en actividades artísticas y artesanales, lo cual favorece su coordinación fina, su expresión creativa y su motivación personal, recomendándose continuar impulsando dichas capacidades mediante proyectos que integren el arte, la comunicación emocional y la toma de decisiones.

Se recomienda mantener el proceso terapéutico con enfoque en el fortalecimiento de habilidades comunicativas, incorporando actividades que integren lenguaje verbal y apoyos visuales para favorecer la estructuración del pensamiento y la expresión oral; promover rutinas que estimulen la autonomía en actividades de la vida diaria, con instrucciones claras y pasos secuenciados; reforzar habilidades socioemocionales mediante dinámicas grupales que favorezcan la cooperación, la toma de decisiones y la resolución de conflictos; continuar estimulando sus capacidades motoras finas a través de proyectos artísticos y manuales que permitan canalizar su creatividad y mantener la motivación; y fomentar un entorno estable, predecible y afectivo que facilite la generalización de los aprendizajes a distintos contextos. Asimismo, se sugiere mantener coordinación con su red de apoyo familiar y educativa para asegurar la continuidad y coherencia de las estrategias utilizadas.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con diagnóstico médico de Síndrome de Down, quien durante la sesión se muestra colaborador y obedece órdenes simples sin dificultad, lo que permite el adecuado desarrollo de las actividades terapéuticas. Mantiene interacción social funcional con el terapeuta, participando activamente en las tareas propuestas. En su desempeño cotidiano, realiza algunas actividades de la vida diaria de forma autónoma, aunque requiere supervisión en aquellas que demandan mayor coordinación o estabilidad.

Durante la valoración motora se observa que el paciente presenta poco equilibrio y disminución de la propiocepción, factores que influyen en su control postural y en la ejecución de movimientos dinámicos. La marcha es funcional, caracterizada por pasos cortos y acompañada de elevación de cadera y eversión de los pies, lo cual modifica la alineación y puede afectar la eficiencia del patrón de desplazamiento. A pesar de contar con una buena base de sustentación, su capacidad para correr es limitada, realizándolo por periodos cortos y con baja velocidad. No logra ejecutar saltos, evidenciando falta de potencia muscular y dificultades en la coordinación global.

En las actividades relacionadas con la coordinación visomotora, el paciente logra lanzar objetos de diferentes formas, aunque no presenta buena puntería, lo que sugiere dificultades en la integración entre la vista y la acción motora. En cuanto a la función manual, presenta un buen agarre y manipulación básica de objetos, pero aún requiere mejorar la motricidad fina para lograr mayor precisión y destreza en tareas específicas. En actividades con balón, destaca su capacidad para patearlo, aunque con poco control en la dirección y fuerza aplicada.

En conclusión, el paciente presenta un perfil motor caracterizado por buena disposición a participar, marcha funcional pero con alteraciones biomecánicas como pasos cortos, elevación de cadera y eversión de pies, además de limitaciones en equilibrio, propiocepción, potencia muscular y coordinación visomotora. Su desempeño en actividades motoras gruesas, como correr y patear el balón, es funcional aunque con baja control. Se recomienda un programa fisioterapéutico orientado al fortalecimiento del control postural, mejora del equilibrio y la propiocepción, corrección del patrón de marcha, y desarrollo de la motricidad fina, con el fin de promover mayor autonomía, estabilidad y eficiencia en sus actividades de la vida diaria.

Dr. Jefferson Andrés Gomez Mendez
Fisioterapeuta
Reg. No. 11433

FONOAUDIOLOGIA

Motivo de atención: Evaluación y seguimiento fonoaudiológico para determinar el estado de las habilidades comunicativas, lingüísticas, socioemocionales y orofaciales del paciente. El paciente se presenta con comportamiento reservado, poca disposición para la interacción y escaso contacto comunicativo. Muestra inflexibilidad conductual, dificultad para cambiar el foco de atención y un patrón marcado de exploración constante del consultorio en búsqueda de estímulos sensoriales. En actividades guiadas, no obedece órdenes simples y se evidencia baja colaboración. Requiere apoyo constante, supervisión cercana y contención emocional para permanecer en la actividad.

Comunicación y lenguaje: Lenguaje expresivo: Vocabulario limitado, uso de frases cortas inarticuladas y estructuras simples. Presencia de ecolalia (repetición de palabras, frases o canciones). Empleo recurrente de parafraseo y verbalizaciones ininteligibles. Frecuente uso de gestos y comunicación no verbal para expresar necesidades. No logra iniciar ni mantener conversaciones . Lenguaje comprensivo: Dificultad significativa para comprender lenguaje literal. No sigue órdenes simples. Requiere guía física, modelado y apoyo constante. Interacción social: No establece interacción con pares ni con el terapeuta. Mantiene postura distante, con bajo contacto visual y pobre reciprocidad social. Otros aspectos comunicativos: Inflexibilidad extrema que interfiere con la fluidez comunicativa. Dependencia de apoyo continuo para cualquier intento de interacción funcional. Aspecto emocional y conductual: Predomina un estado ansioso e irritable, se altera con estímulos sonoros y conversaciones del entorno. Baja tolerancia al contacto físico, cambio de rutinas, comportamientos repetitivos: aleteo de manos balanceo y hamaqueo. Funciones estomatognáticas: Anatomía:Hipotonía facial y endobucal leve, Labios: voluminosos, movimientos normales. Lengua: hipotónica, delgada y ancha. Dentadura: mixta, con buena higiene. Maxilar: leve macronaglismo. Funciones:Respiración: buco-nasal. Masticación: dificultad por selectividad alimentaria, consumo limitado de alimentos sólidos. Deglución: no se reportan dificultades mecánicas. Hábitos orales: morder objetos y uñas; mantiene elementos en la boca. Alimentación: Alta selectividad alimentaria. Acepta con agrado alimentos procesados tipo paquete, líquidos envasados (jugos, gaseosas).Rechazo frecuente a alimentos sólidos o de diferentes texturas. Diagnóstico Fonoaudiológico.: Con base en los hallazgos, se identifica:

– Trastorno del Espectro Autista Nivel 3 con afectación grave en comunicación y lenguaje.
– Alteración en la intención comunicativa y reciprocidad social.
– Trastorno del lenguaje expresivo con presencia de ecolalia y discurso limitado. – Alteración en el procesamiento sensorial con alta búsqueda de estímulos..
– Trastorno alimentario asociado a selectividad sensorial.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No. 4052

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente que asiste a programa permanente en la institución Ayudando a Vivir. Durante la sesión se observa inquietud motora permanente, baja tolerancia a actividades estructuradas y mínima colaboración. Presenta hipersensibilidad a estímulos auditivos y baja respuesta a consignas. Muestra dependencia parcial a total en actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión y guía física constante. Se evidencian dificultades en autorregulación, control postural y planificación motora. Utiliza expresiones emocionales básicas como medio de interacción. Se recomienda intervención orientada a la regulación sensorial, estructuración de rutinas, fortalecimiento del control corporal y facilitación de la participación funcional en actividades cotidianas.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Descripción del proceso académico y pedagógico:

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades lúdico-recreativas, artísticas y de estimulación integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, motrices, comunicativas y socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomía. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a rutinas pedagógicas y respuesta a los estímulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.

Observaciones pedagógicas: Proceso en evolución favorable.

Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias adaptadas.

Jeimy Karolina Cubides Moreno
Técnico Laboral por competencias en preescolar

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Rafael Reyes Velásquez
Documento de identidad: 1234790974
Edad: 8 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración psicológica de un paciente masculino de 8 años con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista típico, presenta presenta un patrón persistente de déficit en la comunicación y la interacción social, así como comportamientos, intereses o actividades restringidos y repetitivos, cumpliendo con los criterios del DSM-5 para TEA. Es **no verbal,** sin producción de lenguaje oral funcional, lo que dificulta la expresión de necesidades, deseos y emociones; la comunicación con adultos es mínima y no interactúa con sus pares, mostrando preferencia por la soledad. Rechaza la participación en actividades grupales o estructuradas y suele deambular por el consultorio, lo que indica una marcada dificultad en la adaptación a rutinas y cambios.

En cuanto a **interacciones sociales**, no busca ni mantiene contacto social, evita contacto visual sostenido y no responde a gestos o expresiones emocionales de otros. No se observan conductas de juego simbólico compartido ni imitación de acciones de otros, mostrando ausencia de reciprocidad social y emocional.

Respecto a **conductas restringidas y repetitivas,** presenta deambulación constante, movimientos estereotipados y conductas ritualizadas que parecen proporcionar seguridad. Los intereses son muy limitados y las actividades se concentran en patrones repetitivos, sin flexibilidad para explorar nuevos estímulos.

En el área de **regulación emocional**, se evidencian signos de frustración ante cambios, sobrecarga sensorial o intentos de interacción forzada, con dificultad para autorregularse y necesidad de entornos predecibles para mantener calma.

Recomendaciones

Implementar programas estructurados de interacción social y juegos cooperativos que enseñen reciprocidad, comprensión de emociones y adaptación a distintas situaciones sociales.

Enseñar estrategias para manejar la frustración y la sobrecarga sensorial, incluyendo espacios de calma, técnicas de respiración y rutinas predecibles que brinden seguridad.

Utilizar apoyos visuales, anticipación de cambios en la rutina y adaptaciones curriculares según intereses y fortalezas del niño, además de capacitar a la familia en refuerzo positivo y estrategias de comunicación.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa. Durante la sesión se observa participación limitada, mostrando baja colaboración y obedeciendo pocas órdenes simples. No socializa con el terapeuta y se expresa principalmente mediante gritos y pataletas, lo que dificulta el desarrollo fluido de las actividades. Realiza algunas actividades de la vida diaria, pero aún requiere apoyo para otras tareas.

En la evaluación motora, el paciente presenta poco equilibrio y disminución de la propiocepción, lo cual afecta su estabilidad en actividades que requieren control postural. Aun así, mantiene una buena marcha y una base de sustentación adecuada. Es capaz de correr con estabilidad y realizar el paso por obstáculos, aunque no logra saltar con gran altura.

En cuanto a la motricidad fina, se evidencia buen agarre y capacidad para sostener objetos de diferentes formas; sin embargo, presenta poca destreza fina. Se observa rechazo o desagrado al intentar manipular un lápiz, lo que limita tareas que requieren precisión y control manual. No realiza actividades de lanzamiento de objetos.

En actividades con balón, el paciente no muestra interés en patearlo ni en participar activamente en este tipo de tareas, lo que podría estar relacionado con su nivel de motivación, conducta o preferencias sensoriales.

En conclusión, se trata de un paciente con capacidad diverso que presenta habilidades motoras gruesas funcionales, pero con leve dificultad en equilibrio, propiocepción, motricidad fina, socialización y seguimiento de instrucciones. Las principales áreas de intervencion incluyen el fortalecimiento del equilibrio, el abordaje sensorial y conductual para mejorar la participación, el desarrollo de la motricidad fina y estrategias para fomentar la comunicación y la colaboración durante las actividades terapéuticas.

Dr. Jefferson Andres Gomez Mendez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA

Paciente que asiste a programa permanente en la institución Ayudando a Vivir. Durante la sesión presenta inquietud motora constante y baja disposición para la participación. No responde a órdenes simples, lo que limita la interacción terapéutica. La comunicación es reducida y básica, orientada principalmente a la expresión de estados emocionales y búsqueda de atención. Emite sonidos vocálicos y silábicos nasalizados, predominando estereotipias verbales. La comprensión del lenguaje receptivo es muy limitada. A nivel orofacial se observa hipotonía generalizada, con dificultades en la masticación, control salivar y manejo de alimentos sólidos y líquidos. Requiere apoyo constante durante la sesión. Se sugiere intervención orientada al fortalecimiento de la comunicación funcional, la estimulación orofacial y el acompañamiento en procesos de alimentación.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg No. 0002

TERAPIA OCUPACIONAL

Usuaria con DX retraso mental grave y parálisis cerebral se observa que el usuario presenta una relación limitada con su entorno inmediato. No dirige la mirada de manera sostenida hacia los rostros ni muestra interés espontáneo por interactuar con otras personas. En ocasiones no responde a voces ni a estímulos sonoros, aunque mantiene una adecuada respuesta a estímulos táctiles. Manipula objetos y juguetes con normalidad, sin embargo, se evidencia un control visual reducido, ya que no localiza ni realiza seguimiento visual consistente frente a los diferentes estímulos. A pesar de esto, se reconoce una buena conciencia auditiva.

En cuanto a su participación en actividades con propósito, muestra poca tolerancia para mantener la atención y el tiempo requerido para completarlas. A nivel motor, ejecuta movimientos que incluyen cruce de línea media en diversos planos, aunque presenta baja coordinación bilateral y dificultades relacionados con el equilibrio en distintas posiciones.

Su postura corporal es inestable y sus ajustes posturales resultan inadecuados para responder eficientemente a las demandas del entorno.

Se identifica además que no discrimina entre derecha e izquierda, lo que afecta su organización espacial y motora. Su coordinación visomotora se encuentra disminuida y presenta limitaciones en las praxias, mostrando dificultades en el planeamiento y ejecución de movimientos dirigidos. Realiza movimientos corporales tanto uni como bilateralmente, aunque con baja precisión y control.

En conjunto, estas observaciones indican la necesidad de continuar con intervenciones orientadas a favorecer la integración sensorial, mejorar el control postural, promover la interacción social, fortalecer la coordinación bilateral y la planeación motora, así como estimular la atención conjunta y el seguimiento visual para potenciar su participación funcional en las actividades de la vida diaria y en su entorno.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Descripción del proceso académico y pedagógico:

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades lúdico-recreativas, artísticas y de estimulación integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, motrices, comunicativas y socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomía. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a rutinas pedagógicas y respuesta a los estímulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.

Observaciones pedagógicas: Proceso en evolución favorable.

Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias adaptadas.



Jeimy Karolina Cubides Moreno
Técnico laboral en preescolar.

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Daniel Ríos Casallas
Documento de identidad: 1121909348
Edad: 15 años

PSICOLOGA
Se realiza valoración en el área de psicología paciente masculino de 15 años, diagnosticado con déficit cognitivo leve, presenta un funcionamiento intelectual dentro de un rango inferior al promedio, lo que se refleja en dificultades notorias en el procesamiento de la información, especialmente cuando se enfrenta a contenidos formales o actividades que requieren organización, retención y análisis de datos.

Se evidencia una velocidad de procesamiento reducida, lo que afecta su capacidad para comprender instrucciones complejas, asimilar nuevos contenidos académicos y responder con fluidez a las demandas escolares.

A nivel comportamental, se observa una marcada inquietud motora y un patrón de actividad elevado, manifestado en dificultad para mantenerse sentado, cambios frecuentes de foco atencional y tendencia a iniciar tareas sin completarlas, lo cual impacta directamente su capacidad de concentración y seguimiento de rutinas. Estas características generan interferencias significativas en el ámbito escolar, donde requiere mayor supervisión, apoyo estructurado y estrategias de adaptación que faciliten su permanencia en las actividades, su comprensión y el logro de objetivos académicos. A pesar de estas dificultades, el paciente muestra disposición para participar y responde positivamente al acompañamiento, lo que constituye un recurso importante para el trabajo terapéutico y educativo.

Recomendaciones

Enfocar el proceso en el fortalecimiento de habilidades atencionales, estrategias de autorregulación y mejora del rendimiento cognitivo mediante actividades estructuradas y progresivas.

Implementar adaptaciones como instrucciones breves y claras, tareas fragmentadas, tiempos extendidos para la finalización de actividades y uso de apoyos visuales que faciliten la comprensión.

Incorporar pausas activas programadas, técnicas de respiración, ejercicios de movimiento controlado y herramientas de autorregulación para mejorar la permanencia en las tareas.

Mantener horarios previsibles y pasos secuenciados tanto en el hogar como en la escuela, para favorecer la organización y el seguimiento de actividades.

Aplicar estrategias basadas en el reconocimiento inmediato de logros, incluso pequeños, para aumentar motivación, persistencia y finalización de tareas.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa, quien durante la sesión se muestra colaborador, obedeciendo órdenes simples y manteniendo una interacción adecuada con el terapeuta, con quien socializa de manera funcional. El paciente realiza sus actividades de la vida diaria, aunque presenta ciertas limitaciones motoras que influyen en su desempeño general.

Al evaluarse el control motor, se identifica poco equilibrio y disminución de la propiocepción, lo que afecta la estabilidad tanto en movimientos estáticos como dinámicos. Además, el paciente muestra falta de confianza y seguridad al caminar y durante la ejecución de ejercicios relacionados con el equilibrio, lo que deriva en un desplazamiento cauteloso y menor iniciativa en actividades que requieren control postural más exigente.

En la valoración de la marcha, se observa descenso del hombro derecho, acompañado de adelantamiento de la cabeza, conservando una buena base de sustentacion. Estos patrones compensatorios repercuten en la alineación corporal y en la eficiencia del movimiento. El paciente no corre ni salta, aunque es capaz de pasar obstáculos, demostrando un nivel moderado de funcionalidad y capacidad para adaptarse a diferentes superficies, aunque con precaución.

En actividades de coordinación, el paciente lanza objetos de diferentes formas, presentando poca puntería, evidenciando dificultad en la integración visomotora. El agarre es adecuado, pero existe la necesidad de mejorar la motricidad fina para optimizar tareas que requieren mayor precisión. En actividades con balón, el paciente patea con buen control, mostrando adecuada planificación motora en este tipo de tarea especifica.

En conclusión, el paciente presenta limitaciones en equilibrio, propiocepción, coordinación y alineación postural, acompañadas de inseguridad al ejecutar movimientos que requieren estabilidad. A pesar de ello, mantiene un nivel funcional que le permite desempeñarse en sus actividades cotidianas y participar activamente en el proceso terapéutico. Se

recomienda un programa de fisioterapia enfocado en mejorar el control postural, la propiocepción, la confianza en la marcha y la motricidad fina, mediante actividades progresivas que fortalezcan la estabilidad y la eficacia del movimiento.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg. No. 11433

FONOAUDIOLOGIA

Motivo de evaluación: Evaluar las habilidades comunicativas, conductuales, funciones estomatognáticas y desempeño funcional del paciente, con el fin de establecer diagnóstico fonoaudiológico, conclusiones y recomendaciones de intervención. Descripción del desempeño comunicativo y social: El paciente presenta habilidades comunicativas verbales funcionales, expresándose mediante frases sencillas, con imprecisiones articulatorias que afectan la inteligibilidad del habla. Se integra socialmente de forma positiva, inicia conversaciones y responde de manera espontánea con sus pares y con el terapeuta. Manifiesta agrado por actividades lúdicas como cantar y bailar, lo cual favorece la motivación y participación en las sesiones. Conducta observada: Durante el contexto educativo, el paciente se muestra inquieto, con movimientos corporales bruscos y conducta impulsiva. Presenta tendencia a generar desorden en el ambiente, busca a sus pares para provocar risa o enfado mediante su comportamiento y utiliza las manos de forma brusca. Estas conductas interfieren en el desarrollo adecuado de las actividades. Área académica y de aprendizaje: El paciente no lee ni escribe. Presenta la capacidad de transcribir palabras con apoyo visual y guía directa, evidenciando habilidades básicas de copia y seguimiento de modelos.

Área funcional: Respecto a las actividades de la vida diaria, el paciente realiza algunas de manera independiente; sin embargo, requiere apoyo parcial en tareas más complejas o que demandan mayor nivel de organización y control conductual.

Evaluación de órganos y funciones estomatognáticas: Labios: Normales. Lengua: Delgada, ancha, con leve alteración en el tono y la movilidad. Respiración: Bucal.

Maxilar inferior: Micrognatismo. Oclusión: Alteración de mordida cruzada.

Funciones orales Masticación: Se realiza con la boca abierta, con escaso movimiento masticatorio. Deglución: Funcional. Selectividad alimentaria: No presenta.

Diagnóstico fonoaudiológico: Paciente masculino de 15 años con retardo mental moderado, que presenta lenguaje oral funcional básico, caracterizado por el uso de frases sencillas e imprecisiones articulatorias. Se evidencian alteraciones orofaciales leves que influyen en la articulación y el patrón masticatorio, así como dificultades conductuales que interfieren en el proceso de aprendizaje y participación funcional.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Terapeuta Ocupacional
Reg. TM- 5052

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión se observa inquietud motora permanente, baja tolerancia a actividades estructuradas y mínima colaboración. Presenta hipersensibilidad a estímulos auditivos y baja respuesta a consignas. Muestra dependencia parcial a total en actividades de la vida diaria, requiriendo supervision y guia fisica constante. Se evidencian dificultades en autorregulación, control postural y planificación motora. Utiliza expresiones emocionales básicas como medio de interacción. Se recomienda intervención orientada a la regulación sensorial, estructuración de rutinas, fortalecimiento del control corporal y facilitación de la participación funcional en actividades cotidianas.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La comprensión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni simbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere

pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad

Sandra Milena Gutiérrez Ospina
Bachiller formador.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Jose Manuel Rocha
Documento de identidad: 1121932265
Edad: 29 años

PSICOLOGA

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión presenta baja atención sostenida y escasa respuesta a consignas, con nivel de colaboración variable. Se observan dificultades en autorregulación emocional y conductual, con baja tolerancia a la frustración y a estímulos ambientales. La comunicación emocional se expresa principalmente a través de gestos, vocalizaciones y conductas no verbales. Responde mejor en contextos estructurados y con acompañamiento constante. Se recomienda intervención psicológica orientada al fortalecimiento de la regulación emocional, adaptación conductual, tolerancia a la frustración y apoyo a cuidadores mediante estrategias de manejo y contención.

Dra. Emma Stella Ruiz R.
Psicóloga
RP 1-09-18 Municipal
Universidad Santo Tomás

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa. Durante la sesión se muestra colaborador y obedece órdenes simples, aunque socializa poco con el terapeuta. Realiza algunas actividades de la vida diaria de manera independiente, requiriendo apoyo para tareas más complejas.

En la evaluación motora se observa poco equilibrio y disminución de la propiocepción, lo cual afecta su estabilidad durante actividades que requieren control corporal. Presenta buena capacidad para lanzar objetos de diferentes formas, aunque sin puntería. El agarre es adecuado; sin embargo, aún es necesario continuar mejorando la motricidad fina para optimizar la precisión y la coordinación manual.

En cuanto a la marcha, se evidencia un patrón con poca longitud del paso, acompañado de elevación y leve rotación de cadera durante el desplazamiento. No realiza actividades de correr o saltar, pero es capaz de pasar obstáculos, buscando seguridad y estabilidad para completar la tarea.

En actividades con balón, el paciente lo patea con poco control, aunque logra la ejecución de la acción motora. Pese a las limitaciones, se mantiene colaborador durante la sesión y participa dentro de sus posibilidades.

En conclusión, se trata de un paciente con capacidad diversa que presenta leves limitaciones en equilibrio, propiocepción, motricidad fina y patrón de marcha. Aun así, demuestra disposición para participar y habilidades motoras básicas funcionales. Las áreas principales de intervención incluyen el fortalecimiento del equilibrio, la mejora del control postural y de la propiocepción, el trabajo en la motricidad fina y la corrección del patrón de marcha para favorecer un mayor nivel de autonomía y estabilidad durante las actividades cotidianas.

Dr. Jefferson Andres Gomez Mendez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIAPaciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión presenta inquietud motora constante y baja disposición para la participación. No responde a órdenes simples, lo que limita la interacción terapéutica. La comunicación es reducida y básica, orientada principalmente a la expresión de estados emocionales y búsqueda de atención. Emite sonidos vocálicos y silábicos nasalizados, predominando estereotipias verbales. La comprensión del lenguaje receptivo es muy limitada. A nivel orofacial se observa hipotonía generalizada, con dificultades en la masticación, control salivar y manejo de alimentos sólidos y líquidos. Requiere apoyo constante durante la sesión. Se sugiere intervención orientada al fortalecimiento de la comunicación funcional, la estimulación orofacial y el acompañamiento en procesos de alimentación.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg No 6052

TERAPIA OCUPACIONAL
Un usuario con capacidad diversa que durante las sesiones de terapia ocupacional se muestra colaborador y responde a órdenes simples, aunque presenta interacción social limitada con el terapeuta. Realiza algunas actividades de la vida diaria de manera independiente, requiriendo apoyo en tareas de mayor complejidad.

Desde el componente sensoriomotor, se evidencia disminución del equilibrio y de la propiocepción, afectando la estabilidad durante actividades que requieren control corporal. La marcha presenta alteraciones caracterizadas por disminución en la longitud del paso, elevación y leve rotación de cadera durante el desplazamiento. No se observa ejecución de actividades como correr o saltar; sin embargo, el usuario logra superar obstáculos priorizando la seguridad y estabilidad.

En el área de motricidad fina, se observa agarre funcional y capacidad para lanzar objetos de diferentes formas, aunque con dificultad en la puntería. Se identifica la necesidad de continuar fortaleciendo la coordinación y la precisión manual para mejorar el desempeño en actividades manipulativas. En actividades con balón, el usuario logra patearlo con control limitado, evidenciando ejecución motora básica.

En relación con el desempeño ocupacional, el usuario mantiene disposición para participar dentro de sus posibilidades, lo que favorece el desarrollo de las sesiones terapéuticas.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Descripción del proceso académico y pedagógico:

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades lúdico-recreativas, artísticas y de estimulación integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, motrices, comunicativas y socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomía. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a rutinas pedagógicas y respuesta a los estímulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.

Observaciones pedagógicas: Proceso en evolución favorable.

Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias adaptadas

María Camila Baquero Villamizar
Bachiller Formadora.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Jorge Sebastián Romero Pedraza
Documento de identidad: 1121918353
Edad: 30 años

PSICOLOGA

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión presenta baja atención sostenida y escasa respuesta a consignas, con nivel de colaboración variable. Se observan dificultades en autorregulación emocional y conductual, con baja tolerancia a la frustración y a estímulos ambientales. La comunicación emocional se expresa principalmente a través de gestos, vocalizaciones y conductas no verbales. Responde mejor en contextos estructurados y con acompañamiento constante. Se recomienda intervención psicológica orientada al fortalecimiento de la regulación emocional, adaptación conductual, tolerancia a la frustración y apoyo a cuidadores mediante estrategias de manejo y contención.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa, quien durante la sesión se muestra colaborador y receptivo, obedeciendo órdenes simples de manera adecuada. Mantiene interacción y socialización con el terapeuta, participando activamente en las actividades propuestas y demostrando disposición favorable para la intervención.

En la valoración motora se observa que el paciente requiere mejorar el equilibrio y la propiocepción, aunque presenta un desempeño funcional adecuado en la mayoría de las actividades. La marcha es buena, con patrón estable y controlado. Asimismo, el paciente corre y salta con estabilidad, mostrando coordinación y fuerza apropiadas para su nivel de desarrollo.

En las actividades de coordinación visomotora, el paciente lanza objetos de diferentes formas con buena puntería, reflejando una correcta integración entre visión y movimiento. Presenta buen agarre fino, permitiendo manipular objetos pequeños y realizar tareas que requieren destreza manual. En actividades con balón, el paciente patea con control, demostrando capacidad de direccionar el movimiento con intención y coordinación.

En el área funcional, el paciente realiza sus actividades de la vida diaria de manera independiente, evidenciando un nivel adecuado de autonomía y desempeño funcional.

En conclusión, el paciente presenta un perfil motor y funcional favorable, con habilidades bien desarrolladas en coordinación, motricidad fina, control motor, marcha y actividades dinámicas. Se recomienda continuar con fisioterapia orientada a fortalecer el equilibrio y la propiocepción, mediante actividades de integración sensoriomotora y ejercicios de control postural, para optimizar la seguridad y la eficiencia en sus actividades diarias y recreativas.

Dr. Jefferson Andres Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA
Diagnóstico: Retardo mental severo
Institución: Ayudando a Vivir – Programa Gobernación
Motivo de consulta: Evaluación y seguimiento fonoaudiológico para determinar el estado actual de las habilidades comunicativas, funciones estomatognáticas y desempeño funcional del paciente. Observación general: El paciente asiste de forma permanente al programa institucional. Se muestra colaborador, participa con disposición en las actividades propuestas y obedece órdenes simples y semicomplejas con apoyo parcial. Comunicación y lenguaje: Modalidad comunicativa: La interacción con el terapeuta se establece mediante gestos faciales, señas y sonidos vocálicos, logrando una comunicación funcional, aunque limitada verbalmente. En actividades grupales se integra de forma aceptable. Inicialmente se observa tímido y retraído, requiriendo refuerzo verbal para participar. Una vez vinculado muestra agrado y disfruta de actividades como juegos con pelota, coloreado y pintura. Intención comunicativa presenta intención comunicativa rudimentaria. Desempeña un rol predominantemente pasivo en la dinámica comunicativa, actuando como receptor con mínima respuesta comunicativa.
Lenguaje comprensivo y expresivo: Vocabulario limitado. Dificultad para identificar algunos colores, posiciones espaciales y figuras geométricas. No presenta habilidades de lectura ni escritura.
Evaluación de órganos y funciones estomatognáticas: Estructuras: Hipotonía generalizada. Micrognatia en maxilar inferior. Dentadura deficiente.
Función respiratoria: Respirador buco nasal.
No se evidencian hábitos orales. Alimentación y deglución. No presenta selectividad alimentaria. Movimientos masticatorios alterados, con poca fuerza en la trituración y pulverización de alimentos. Deglución dificultosa, lenta y pausada debido a la baja eficiencia masticatoria.
Diagnóstico fonoaudiológico: Paciente presenta un cuadro compatible con retardo mental severo, evidenciándose afectaciones marcadas en las áreas de comunicación,

lenguaje, funciones estomatognáticas y desempeño funcional. Se observa una comunicación predominantemente no verbal, alteraciones en la masticación y deglución asociadas a hipotonía orofacial y estructuras comprometidas, así como limitaciones significativas en el lenguaje comprensivo y expresivo, lo que afecta su interacción social y autonomía

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg No 4052

TERAPIA OCUPACIONAL

El usuario de 30 años de edad, con diagnóstico de discapacidad cognitiva leve, asiste a la sesión en buenas condiciones de salud y presenta adecuada higiene y presentación personal. Se evidencia independencia en las actividades de la vida diaria, lo que refleja un buen nivel de autonomía en su autocuidado y organización personal.

Durante la ejecución de actividades de motricidad fina y grafomotricidad, respeta correctamente los límites al colorear y reconoce cifras numéricas, demostrando habilidades funcionales adecuadas en este ámbito. En el área motora, presenta buen equilibrio y es capaz de seguir instrucciones simples, aunque en ocasiones requiere mayor tiempo de procesamiento o repetición de la consigna.

En el ámbito socioemocional y conductual, se observan dificultades para integrarse con sus pares, mostrando menor iniciativa social y cierta resistencia a la interacción grupal. Asimismo, tiende a dispersarse con facilidad durante las actividades, lo que afecta su continuidad y atención sostenida. Se evidencia además la presencia de ecolalia, especialmente ante situaciones de demanda comunicativa o cambios dentro de la rutina.

En general, el usuario presenta un adecuado nivel de autonomía y habilidades funcionales conservadas, pero requiere apoyo en la regulación atencional, fortalecimiento de habilidades sociales e intervención orientada a mejorar su comunicación funcional y participación en contextos grupales.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDACOCICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La compresión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni simbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad

María Camia Baquero Villamizar
Bachiller Formadora.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Sara Eddith Rueda Cravo
Documento de identidad: 1121973871
Edad: 16 años

PSICOLOGA

Paciente que asiste a programa permanente en la institución Ayudando a Vivir. Durante la sesión presenta baja atención sostenida y escasa respuesta a consignas, con nivel de colaboración variable. Se observan dificultades en autorregulación emocional y conductual, con baja tolerancia a la frustración y a estímulos ambientales. La comunicación emocional se expresa principalmente a través de gestos, vocalizaciones y conductas no verbales. Responde mejor en contextos estructurados y con acompañamiento constante. Se recomienda intervención psicológica orientada al fortalecimiento de la regulación emocional, adaptación conductual, tolerancia a la frustración y apoyo a cuidadores mediante estrategias de manejo y contención.

Dra. Emma Stella Ruiz R.
Psicóloga
Especialista en Educación
Universidad Santo Tomás

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidades diversas que durante la sesión se muestra colaboradora, obedeciendo órdenes de manera adecuada y manteniendo una interacción positiva con el terapeuta. Realiza sus actividades de la vida diaria de forma funcional, aunque presenta ciertas limitaciones motoras que requieren intervención continua.

En la valoración motora se evidencia que la paciente necesita mejorar el equilibrio y la propiocepción, aspectos que afectan la estabilidad durante actividades dinámicas. La marcha se observa con hombros adelantados y cabeza levemente adelantada, manteniendo una buena base de sustentación, lo que permite compensar parcialmente estas alteraciones posturales. A pesar de ello, presenta leve inestabilidad al correr y saltar, mostrando algo de dificultad para mantener el control postural en movimientos más complejos.

En las actividades de coordinación, la paciente lanza objetos de diferentes formas, aunque con mala puntería, lo que indica dificultades en la integración visomotora. El agarre es adecuado, pero requiere continuar trabajando en la motricidad fina para favorecer la precisión y el desempeño en tareas manuales más específicas. En actividades con balón, la paciente patea con buen control, logrando dirigir el movimiento de manera efectiva.

En conclusión, la paciente presenta un desempeño motor funcional con limitaciones en equilibrio, propiocepción y coordinación visomotora, manifestadas principalmente en actividades dinamicas como correr, saltar y lanzar. Su participacion activa y su interaccion positiva con el terapeuta facilitan el proceso rehabilitador. Se recomienda fisioterapia orientada a fortalecer el control postural, mejorar la propiocepción, desarrollar la motricidad fina y optimizar la estabilidad dinámica, con el fin de potenciar su seguridad y eficiencia en las actividades diarias y recreativas.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA

Paciente se muestra colaboradora, participativa y con buena disposición hacia las actividades propuestas. Sigue órdenes simples de manera adecuada y mantiene una interacción positiva tanto con los pares como con su entorno social inmediato. Comunicación y lenguaje: Lenguaje expresivo: Utiliza gestos como principal medio de comunicación. Produce algunas palabras espontáneas. Emplea frases simples de dos palabras para expresar necesidades básicas. Se evidencia alteración en la articulación, con dificultad en la precisión de algunos fonemas.
Lenguaje comprensivo: Comprende órdenes simples y responde adecuadamente a ellas. Reconoce situaciones del entorno inmediato y ajusta su comportamiento a las actividades desarrolladas. Habilidades académico-comunicativas: No lee ni escribe. Maneja un vocabulario básico, relacionado principalmente con rutinas y necesidades cotidianas. Área funcional: La paciente realiza sus actividades de la vida diaria de manera funcional, demostrando independencia en rutinas básicas y adecuada adaptación a su ambiente habitual. Evaluación del sistema estomatognático: Estructuras: Labios: hipotonia leve. Lengua: hipotonía leve. Movimientos orofaciales: se observan alteraciones en la precisión y coordinación motora. Funciones: Masticación: funcional, sin dificultades. Deglución: adecuada. Respiración: nasal, sin alteraciones observadas.
Diagnóstico fonoaudiológico: Paciente femenina de 16 años de edad con Trastorno del desarrollo intelectual con alteración del lenguaje expresivo y articulatorio, vocabulario limitado y dependencia de comunicación gestual.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg No. 6092

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión se observa inquietud motora permanente, baja tolerancia a actividades estructuradas y mínima colaboración. Presenta hipersensibilidad a estímulos auditivos y baja respuesta a consignas. Muestra dependencia parcial a total en actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión y guía física constante. Se evidencian dificultades en autorregulación, control postural y planificación motora. Utiliza expresiones emocionales básicas como medio de interacción. Se recomienda intervención orientada a la regulación sensorial, estructuración de rutinas, fortalecimiento del control corporal y facilitación de la participación funcional en actividades cotidianas.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinacion oculo-manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La compresión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni simbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad

Sandra Milena Gutiérrez Ospina
Bachiller formador.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Carlos Andrés Saavedra Torres
Documento de identidad: 86085836
Edad: 40 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración en el área de Psicología a paciente de 41 años, diagnosticado con Déficit cognitivo moderado y alteración del comportamiento F711. El paciente presenta graves dificultades en el lenguaje, con escasa o nula fluidez verbal, lo que limita significativamente su comunicación funcional. Muestra pocas habilidades para la resolución de problemas, dependiendo de otros para la toma de decisiones cotidianas. Presenta dificultades importantes en la atención y concentración, con tendencia a la distracción y baja persistencia en tareas. Se observa rigidez cognitiva, dificultando su adaptación a cambios o nuevas rutinas.

Se identifican déficits en la interacción social, con escasas estrategias para relacionarse de manera efectiva con otros. Presenta dificultades en el manejo del afrontamiento de problemas, respondiendo con impulsividad y reacciones emocionales intensas. Ante la frustración puede manifestar conductas violentas y dificultades para autorregular sus emociones. Se observa aumento exagerado de la libido, generando riesgo potencial y comportamientos inadecuadas en su entorno familiar y social.

La dinámica familiar se caracteriza por ser permisiva, lo que contribuye a la ausencia de límites claros en la regulación conductual del paciente. Existe falta de estrategias estructuradas para manejar conductas des adaptativas dentro del hogar. La relación con su hermano menor es distante, lo que limita su red de apoyo social y oportunidades de interacción familiar.

Recomendaciones

Establecer rutinas estructuradas y predecibles en el hogar para favorecer la adaptación y disminuir la rigidez cognitiva.

Implementar límites claros y consistentes, reforzando conductas adecuadas y previniendo respuestas impulsivas o agresivas.

Fomentar el uso de estrategias de comunicación alternativa (gestos, imágenes, apoyos visuales) para mejorar la interacción social y la comprensión de instrucciones.

Iniciar actividades graduadas de regulación emocional y manejo de la frustración, adaptadas a su nivel cognitivo.

Introducir entrenamiento en habilidades sociales en entornos controlados, con supervisión constante para garantizar seguridad y aprendizaje progresivo

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con diagnóstico médico de retraso mental moderado, presentando deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención y seguimiento continuo. Durante la sesión, el paciente se muestra colaborador, respondiendo a órdenes simples, aunque su comunicación se limita a señas y sonidos no vocalizados, dificultando la interacción verbal con el terapeuta.

En la valoración motora se evidencia que el paciente requiere mejorar equilibrio y propiocepción, las cuales afectan la estabilidad y seguridad durante las actividades dinámicas. La marcha es funcional, con adelantamiento del tronco y una buena base de sustentación, evidenciando patrones compensatorios para mantener el equilibrio. El paciente puede correr, aunque realiza saltos de manera limitada, mostrando dificultades para la ejecución de movimientos más complejos que requieran coordinación global.

En las tareas de coordinación, el paciente logra lanzar objetos de diferentes formas, presentando poca puntería, lo que refleja dificultades en la integración visomotora. La motricidad fina se encuentra conservada, con buen agarre fino, permitiendo manipular objetos pequeños de forma funcional. En actividades con balón, el paciente patea sin control, evidenciando limitaciones en la planificación motora y dirección del movimiento.

En el área funcional, el paciente realiza algunas actividades de la vida diaria, debido a sus dificultades cognitivas y motoras.

En conclusión, el paciente presenta un perfil caracterizado por déficit cognitivo moderado, alteraciones en equilibrio y propiocepción, limitaciones en coordinación visomotora y planificación motora, y dependencia parcial en actividades cotidianas. Se recomienda fisioterapia orientada al fortalecimiento del control postural, integración sensoriomotora y mejora del equilibrio, así como actividades que promuevan la coordinación y la funcionalidad en la vida diaria, bajo un enfoque interdisciplinario que integre apoyo cognitivo y conductual.



Dr. Jefferson Andrés Gómez Mendez
Fisioterapeuta
Reg. No 11453

FONOAUDIOLOGIA

Motivo de consulta: Evaluación y seguimiento fonoaudiologico para valorar las habilidades comunicativas, funciones estomatognáticas y desempeño funcional del paciente. Observación general El paciente se encuentra en asistencia permanente al programa institucional y requiere atención y seguimiento continuo. Se muestra colaborador y responde a órdenes simples. Su comunicación es limitada, principalmente mediante señas y sonidos no articulados, lo que dificulta la interacción verbal con pares y el entorno social. Saluda y se despide de manera espontánea. Comunicación y lenguaje: Modalidad comunicativa: Se comunica mediante señas, gestos y vocalizaciones inarticuladas. Limitación marcada en la expresión verbal, dificultando la interacción funcional. Intención comunicativa. La intención comunicativa está presente, aunque se expresa a través de canales no verbales y sonidos inarticulados. Lenguaje comprensivo y expresivo: No reconoce colores, números, figuras geométricas y no realiza numeraciones. No posee habilidades de lectura ni escritura. Evaluación de órganos y funciones estomatognáticas. Estructuras: Hipotonía en la musculatura orofacial. Lengua y labios presentan tono y movilidad dentro de parámetros normales. Función respiratoria: Respiración buca nasal. Alimentación y deglución: Sin selectividad alimentaria. Presenta masticación y deglución funcional, sin dificultad aparente.

Diagnóstico fonoaudiológico: El paciente presenta un cuadro compatible con retraso mental moderado, con afectación significativa en la comunicación verbal, predominio de comunicación no verbal y dificultades en el desarrollo cognitivo que afectan el lenguaje comprensivo y expresivo. A nivel estomatognático se observa hipotonía orofacial, aunque mantiene funciones de masticación y deglución adecuadas. Su interacción social es limitada por su escasa verbalización, aunque demuestra disposición a comunicarse mediante gestos y señas.



Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No. 6867

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión se observa inquietud motora permanente, baja tolerancia a actividades estructuradas y mínima colaboración. Presenta hipersensibilidad a estímulos auditivos y baja respuesta a consignas. Muestra dependencia parcial a total en actividades de la vida

diaria, requiriendo supervisión y guía física constante. Se evidencian dificultades en autorregulación, control postural y planificación motora. Utiliza expresiones emocionales básicas como medio de interacción. Se recomienda intervención orientada a la regulación sensorial, estructuración de rutinas, fortalecimiento del control corporal y facilitación de la participación funcional en actividades cotidianas.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La comprensión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni símbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad

Sandra Milena Gutiérrez Ospina
Bachiller formador.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Nelson Shamir Simmonds Pereira
Documento de identidad: 1121852178
Edad: 36 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración en el área de psicología a paciente masculino de 36 años, diagnosticado con autismo funcional y serias dificultades cognitivas. Al momento de la evaluación, se percibe un adulto capaz de desenvolverse en su vida diaria con cierto grado de autonomía, pero con limitaciones significativas en procesos de atención, planificación, memoria y resolución de problemas complejos.

Se observa que el paciente presenta intereses restringidos y conductas repetitivas ocasionales, características típicas del diagnóstico de autismo, así como dificultad para adaptarse a cambios o situaciones imprevistas.

Déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social: Muestra dificultades en la interpretación de normas sociales implícitas, gestos y expresiones faciales de otros. La comunicación verbal es funcional, pero limitada en matices sociales o en la expresión de emociones complejas.

Patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. Presenta conductas repetitivas leves y ciertos intereses restringidos, que pueden interferir con actividades nuevas o menos estructuradas.

Déficits cognitivos asociados: Dificultades importantes en procesos cognitivos básicos y superiores, afectando la planificación, atención sostenida y resolución de problemas complejos. Requiere apoyo puntual para tareas que impliquen análisis, secuenciación lógica o adaptación a cambios.

Comunicación y Lenguaje: Presenta comunicación funcional para necesidades básicas y actividades conocidas. Limitación en la expresión verbal de emociones complejas y en la interpretación de matices sociales o indirectas. Mantiene comprensión de instrucciones simples y directas, respondiendo adecuadamente con apoyos mínimos.

Área Emocional: Muestra estabilidad emocional relativa, pero puede presentar ansiedad o frustración ante cambios o tareas complejas. La adaptación a situaciones nuevas requiere preparación previa y acompañamiento. Tiende a evitar contextos imprevistos o de alta demanda social.

Interacción Social y Adaptación: Buen desempeño funcional en entornos estructurados y con personas conocidas. Dificultades para integrarse en grupos no estructurados o donde las normas sociales son menos claras.

Paciente adulto con autismo funcional (F84.1), capaz de desenvolverse en actividades de la vida diaria con cierto grado de autonomía, pero con serias limitaciones cognitivas. Presenta dificultades en comunicación social avanzada, adaptación a cambios, planificación y resolución de problemas complejos. La observación coincide con los criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista, con manifestaciones funcionales moderadas que requieren apoyos específicos en contextos nuevos o de mayor demanda social.

Recomendaciones

1. Continuar con intervención psicológica individual, enfocada en estimulación cognitiva, resolución de problemas y estrategias de adaptación a cambios.
2. Aplicar estrategias comunicativas funcionales y apoyos visuales para mejorar expresión verbal, comprensión de normas sociales y matices emocionales.
3. Favorecer exposición gradual a contextos sociales nuevos o complejos, asegurando acompañamiento y refuerzo positivo.
4. Orientar a familiares o cuidadores sobre estrategias de apoyo, anticipación a cambios y refuerzo de autonomía funcional.
5. Mantener rutinas estructuradas y consistentes que favorezcan seguridad, estabilidad emocional y participación activa en actividades cotidianas.

Dra. Emma Stella Ruiz R.
Psicóloga
Especialista en Neuropsicología
Universidad Santo Tomás

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidades diversas que durante la sesión se muestra colaborador, respondiendo a órdenes simples de manera adecuada. La socialización con el terapeuta es limitada, aunque logra mantener interacción funcional para el desarrollo de las actividades. En su vida diaria, el paciente realiza algunas actividades, aunque requiere supervisión o apoyo en determinadas tareas debido a sus dificultades motoras.

En la valoración motora se observa que el paciente requiere mejorar el equilibrio y la propiocepción, aspectos que influyen de manera directa en la calidad y seguridad de sus movimientos. La marcha presenta un patrón rígido, semejando una rigidez generalizada, lo que disminuye la fluidez y naturalidad del desplazamiento. Aunque el paciente puede correr, lo hace de manera limitada y con poca coordinación. En cuanto al salto, logra una ejecución leve pero con buena estabilidad, evidenciando cierto control postural en actividades de impacto reducido.

En lo referente a la coordinación visomotora, el paciente lanza objetos de diferentes formas, mostrando regular puntería, lo que sugiere una integración sensoriomotora moderada. El agarre es funcional, aunque se identifica la necesidad de mejorar la motricidad fina para optimizar la manipulación precisa de objetos y actividades que requieren mayor destreza manual. En tareas con balón, el paciente patea con buen control, logrando dirigir el movimiento adecuadamente.

En conclusión, el paciente presenta un desempeño motor funcional con ciertas limitaciones en equilibrio, propiocepción, motricidad fina y fluidez del movimiento, especialmente visibles en la marcha y actividades dinámicas como correr. A pesar de ello, mantiene un nivel aceptable de estabilidad en tareas como el salto y demuestra coordinación suficiente en actividades con balón. Se recomienda fisioterapia orientada a fortalecer el control postural, la integración sensorial, la coordinación y la motricidad fina, con el objetivo de favorecer un patrón motor más eficiente, seguro y funcional en sus actividades diarias.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA

Motivo de evaluación: Evaluar las habilidades comunicativas, funciones estomatognáticas, desempeño funcional y social del paciente, con el fin de establecer diagnóstico fonoaudiológico, conclusiones y recomendaciones terapéuticas. Descripción del desempeño comunicativo y social: El paciente presenta habilidades comunicativas verbales funcionales, expresándose mediante frases sencillas, con imprecisiones articulatorias que afectan parcialmente la inteligibilidad del habla. Se integra socialmente de forma positiva, inicia conversaciones y responde espontáneamente con sus pares y con el terapeuta. Manifiesta agrado por actividades como cantar lo cual favorece la motivación y la participación durante la intervención. Durante la sesión se muestra colaborador, respondiendo adecuadamente a órdenes simples. La socialización con pares y terapeuta es limitada, aunque logra mantener una interacción funcional que permite el desarrollo de las actividades propuestas. Área funcional: En su vida diaria, el paciente realiza algunas actividades de manera independiente; sin embargo, requiere supervisión o apoyo parcial en tareas más complejas o que demandan mayor equilibrio y coordinación motora, debido a sus dificultades motoras. Evaluación de órganos y funciones estomatognáticas: Labios: Labio superior voluminoso: labio inferior voluminoso con leve hipotonía. Lengua: Engrosada, ancha, con alteraciones en el tono y la movilidad. Respiración: Bucal.
Maxilar inferior: Prognatismo marcado. Oclusión: Alteración de mordida abierta.

Funciones orales: Masticación: Se realiza con la boca abierta, con escaso movimiento masticatorio. Deglución: Funcional. Selectividad alimentaria: No presenta.
Diagnóstico fonoaudiológico: Paciente masculino de 36 años con retardo mental moderado, que presenta lenguaje oral funcional básico, caracterizado por el uso de frases sencillas e imprecisiones articulatorias, relacionadas con alteraciones estructurales y funcionales del sistema estomatognático. Se evidencian dificultades significativas en lectoescritura y limitaciones funcionales que requieren apoyo parcial en actividades de la vida diaria.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. Pin 4702

TERAPIA OCUPACIONAL

Usuario con DX autismo y epilepsia comportamiento tranquilo se integra en ocasiones con facilidad con sus pares , y presenta una respuesta positiva a las actividades propuestas favoreciendo su interacción con el medio que la rodea; presenta bajos niveles de atención y concentración, en ocasiones no tolera el puesto de trabajo y no sigue instrucciones, muestra agrado por actividades de tipo motriz fino, tales como colorear, pintar, manualidades con plastilina y masas, comparte sus pertenencias. En actividades de tipo musical disfruta de los bailes y canciones lo que le permite permanecer activo, sin embargo, se cansa con facilidad y evade las actividades propuestas. Mantiene sus habilidades motrices finas, sin embargo, presenta fallas en coloreado y manejo de renglón que se deben seguir reforzando. A nivel de sus funciones ejecutivas se puede destacar que presenta fallas en sus procesos de análisis, planeación, inhibición, monitorización, flexibilidad cognitiva, control inhibitorio e impulsividad, a nivel de resolución de problemas de tipo escolar y familiar presenta dificultades, igualmente en toma de decisiones. Su memoria de trabajo presenta fallas.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La compresión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni simbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad

Camila Baquero

María Camia Baquero Villamizar
Bachiller Formadora.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Jusseph Camilo Solano Meto
Documento de identidad: 1121911699
Edad: 13 años

PSICOLOGA

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión presenta baja atención sostenida y escasa respuesta a consignas, con nivel de colaboración variable. Se observan dificultades en autorregulación emocional y conductual, con baja tolerancia a la frustración y a estímulos ambientales. La comunicación emocional se expresa principalmente a través de gestos, vocalizaciones y conductas no verbales. Responde mejor en contextos estructurados y con acompañamiento constante. Se recomienda intervención psicológica orientada al fortalecimiento de la regulación emocional, adaptación conductual, tolerancia a la frustración y apoyo a cuidadores mediante estrategias de manejo y contención.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión presenta inquietud motora y baja tolerancia a actividades estructuradas. Se evidencian alteraciones en el control postural, equilibrio y coordinación, lo que limita la estabilidad en actividades estáticas y dinámicas. Presenta hipotonía generalizada que influye en la ejecución de movimientos funcionales. Requiere apoyo físico parcial para la realización de actividades motoras. La marcha y los desplazamientos son funcionales con supervisión. Se recomienda intervención fisioterapéutica enfocada en el fortalecimiento del control postural, equilibrio, coordinación motora y movilidad funcional, mediante actividades estructuradas y repetitivas.

Dr. Jefferson Andrés Gomez Mendez
Fisioterapeuta
Reg. No. 11433

FONOAUDIOLOGIA

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión presenta inquietud motora constante y baja disposición para la participación. No responde a órdenes simples, lo que limita la interacción terapéutica. La comunicación es reducida y básica, orientada principalmente a la expresión de estados emocionales y búsqueda de atención. Emite sonidos vocálicos y silábicos nasalizados, predominando estereotipias verbales. La comprensión del lenguaje receptivo es muy limitada. A nivel orofacial se observa hipotonía generalizada, con dificultades en la masticación, control salivar y manejo de alimentos sólidos y líquidos. Requiere apoyo constante durante la sesión. Se sugiere intervención orientada al fortalecimiento de la comunicación funcional, la estimulación orofacial y el acompañamiento en procesos de alimentación.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No 6092

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión se observa inquietud motora permanente, baja tolerancia a actividades estructuradas y mínima colaboración. Presenta hipersensibilidad a estímulos auditivos y baja respuesta a consignas. Muestra dependencia parcial a total en actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión y guía física constante. Se evidencian dificultades en autorregulación, control postural y planificación motora. Utiliza expresiones emocionales básicas como medio de interacción. Se recomienda intervención orientada a la regulación sensorial, estructuración de rutinas, fortalecimiento del control corporal y facilitación de la participación funcional en actividades cotidianas.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Durante el proceso de valoracion pedagogica se observa que el niño con diagnostico de sindrome de Down presenta limitaciones en el lenguaje oral, no evidenciándose comunicación verbal. No obstante, demuestra intención comunicativa a través de gestos, miradas, expresiones faciales y respuestas a estímulos visuales y auditivos.

En el desarrollo de las actividades pedagógicas, el niño participa con apoyo permanente, requiriendo acompañamiento constante y adaptación de las estrategias de enseñanza. Responde de manera favorable a actividades estructuradas, rutinas claras y materiales visuales y manipulativos, logrando mantenerse en la actividad por periodos cortos de tiempo.

A nivel de aprendizaje, se evidencia un ritmo de adquisición lento, acorde a su condición, requiriendo repetición constante, modelado y refuerzo positivo para la comprensión de consignas simples. Presenta mayores avances cuando las instrucciones son apoyadas con imágenes, señas o demostraciones prácticas.

En conclusión, desde el área pedagógica se identifica que el niño se encuentra en proceso de desarrollo de habilidades básicas de aprendizaje y comunicación, por lo cual se recomienda continuar con un proceso pedagógico individualizado, enfocado en el fortalecimiento de la comunicación alternativa, la atención, la autonomía y la participación activa en las actividades escolares.

Jeimy Karolina Cubides Moreno
Técnico Laboral por competencias en preescolar

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Mayerlin Tirado Méndez
Documento de identidad: 1006794814
Edad: 25 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración en el área de psicologia a paciente femenina de 25 años, diagnosticada con parálisis cerebral. La paciente se presenta con un nivel de funcionamiento muy limitado, siendo dependiente en la mayoria de sus funciones básicas e intelectuales. Requiere asistencia constante para realizar actividades de la vida diaria, incluyendo higiene, alimentación, movilidad y comunicación básica.

Al momento de la valoración, se percibe un estado de alerta bajo, con mínima iniciativa para interactuar y limitada expresión de emociones. La paciente responde de manera esporádica a estímulos externos, mostrando contacto visual breve y gestual limitado.
Presenta déficit intelectual significativo, con dificultades severas en atención, memoria y comprensión de información compleja.
La capacidad para procesar instrucciones o realizar tareas estructuradas es prácticamente nula, requiriendo orientación y apoyo total.
La autonomía cognitiva está prácticamente ausente, limitando la participación activa en cualquier actividad que requiera planificación, decisión o aprendizaje formal.

A nivel de lenguaje y comunicación verbal es mínima o inexistente, dependiendo de gestos, miradas o respuestas no verbales para expresar necesidades básicas. Mantiene comprensión básica de estímulos simples, pero requiere acompañamiento directo para cualquier intento de interacción. Se recomienda el uso de sistemas aumentativos o alternativos de comunicación para mejorar la expresión y la comprensión funcional.

Se observa un estado emocional estable, sin signos de agresividad o ansiedad excesiva, aunque con escasa expresión afectiva. La respuesta emocional es limitada, probablemente influida por las restricciones físicas y cognitivas derivadas de su condición. Requiere un entorno estructurado y seguro para minimizar posibles situaciones de estrés o frustración.

La paciente depende completamente del apoyo de cuidadores para interactuar con el entorno. La participación social es mínima y se da únicamente en presencia de personas conocidas y en contextos altamente estructurados. La adaptación a cambios o situaciones nuevas es prácticamente nula, requiriendo anticipación, guía y acompañamiento constante.

Paciente adulta con parálisis cerebral y dependencia total en funciones básicas e intelectuales. Presenta limitaciones severas en comunicación, autonomía funcional y procesos cognitivos, con mínima expresión emocional y social. Requiere apoyo integral y continuo, así como estrategias individualizadas para favorecer comunicación funcional, estimulación cognitiva y bienestar emocional.

Recomendaciones

1. Mantener intervención psicológica individual y de estimulación cognitiva adaptada a su nivel, utilizando apoyos visuales, gestuales y sistemas aumentativos de comunicación.
2. Proporcionar acompañamiento constante en actividades de la vida diaria, reforzando logros funcionales y participación mínima.
3. Favorecer entornos estructurados, seguros y previsibles que minimicen ansiedad y frustración.
4. Incluir a la familia y cuidadores en estrategias de estimulación, comunicación y apoyo emocional, promoviendo consistencia y continuidad en el manejo diario.
5. Incorporar actividades sensoriales y de estimulación afectiva que promuevan bienestar, contacto social y respuesta emocional, respetando el ritmo y capacidad de la paciente

Dra. Emma Stella Ruiz R.
Psicóloga
RP 63-108 Mental
Universidad Santo Tomás

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa, quien durante la sesión se muestra colaborador, aunque obedece de manera limitada las órdenes simples, lo que requiere mayor guía verbal y física para ejecutar las actividades propuestas. Socializa poco con el terapeuta, manteniendo una interacción funcional mínima. En su desempeño cotidiano, necesita ayuda para realizar sus actividades de la vida diaria, especialmente aquellas que demandan mayor control motor o coordinación.

Durante la valoración motora se observa que el paciente presenta poco equilibrio y disminución de la propiocepción, lo que incrementa el riesgo de caídas durante los desplazamientos y la exploración del entorno. A pesar de ello, muestra interés por recorrer el espacio terapéutico, manipulando objetos y observando diferentes estímulos. No realiza lanzamientos de objetos; por el contrario, los toma y los acomoda, demostrando un buen agarre pero evidenciando la necesidad de continuar fortaleciendo la motricidad fina para mejorar la precisión y destreza manual.

La marcha del paciente se caracteriza por pies invertidos, adelantamiento del tronco y manos en semiflexión, además de una amplia base de sustentación que le permite compensar las limitaciones en el equilibrio. Este patrón de marcha, aunque funcional para el desplazamiento, refleja alteraciones posturales y disminución del control postural. El

paciente no corre ni salta, mostrando limitaciones en la potencia muscular y en la coordinación global. Para atravesar obstáculos requiere ayuda, evidenciando dificultad para planificar y ejecutar movimientos que impliquen cambios de nivel o ajustes rapidos del equilibrio.

En el área de coordinación motora gruesa, el paciente no patea el balón y presenta escaso interés o comprensión de esta actividad. La combinación de poca propiocepción, equilibrio reducido y patrones motores inmaduros contribuye a estas limitaciones funcionales.

En conclusión, el paciente presenta un perfil motor caracterizado por alteraciones en el equilibrio, la propiocepción, la marcha y la motricidad fina, junto con un patrón postural compensatorio y limitaciones en la ejecución de actividades motoras gruesas como correr, saltar o patear. Aunque se muestra colaboradora, su baja respuesta a órdenes simples y mínima interacción social dificultan el desarrollo fluido de la sesión. Se recomienda intervención fisioterapéutica enfocada en mejorar el control postural, el equilibrio, la propiocepción, la motricidad fina y la planificación motora, así como promover actividades funcionales que favorezcan su autonomía y seguridad en el entorno.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Mendez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA

Diagnóstico médico: Retardo mental moderado. Secuela de parálisis cerebral.
Motivo de consulta: Valoración y seguimiento fonoaudiológico enfocado en las áreas de comunicación, lenguaje, conducta adaptativa y funciones orofaciales, con el fin de determinar habilidades actuales y orientar el plan terapéutico.
Antecedentes relevantes: La paciente presenta secuelas asociadas a parálisis cerebral y retardo mental moderado, con compromiso significativo a nivel cognitivo, comunicativo y conductual, lo que impacta su autonomía, interacción social y participación en actividades terapéuticas y de la vida diaria. Comportamiento durante la sesión: Muestra colaboración aceptable, aunque con baja disposición para participar activamente en actividades terapéuticas. Requiere guía y apoyo parcial para desarrollar tareas. Presenta inflexibilidad cognitiva, mostrando dificultad para cambiar de actividad o foco, lo que interfiere con la fluidez comunicativa y el progreso terapéutico. Evidencia ansiedad e irritabilidad, con baja tolerancia al contacto físico. La relación terapéutica es limitada debido a la escasa interacción social, baja motivación e interés restringido. Su desempeño

depende fuertemente de estímulos externos y supervisión constante. Área de Comunicación y Lenguaje:
Comprende órdenes sencillas, aunque su ejecución es limitada, requiriendo guía verbal y física. Presenta dificultad para socializar, sin establecer interacción funcional con sus pares. La interacción comunicativa se mantiene mínima, especialmente con personas fuera de su círculo de confianza. Dependencia marcada para mantener un intercambio comunicativo básico. No se observan conductas de selectividad alimentaria. Evaluación de Funciones Orofaciales: Anatomía y tono muscular hipertonía generalizada en zona facial y endobucal. Labios: delgados, con movilidad conservada. Lengua: hipertónica, delgada y ancha.
Dentadura: permanente, adecuada higiene oral. Maxilar: leve macrognatismo.
Asimetría facial: se evidencia hemihipoplasia facial derecha, acompañada de movimientos involuntarios tipo muecas o gestos. Cráneo: posible microcefalia por estructura anatómica observable. Respiración: buco nasal. Funciones orales
La hipertonía afecta la coordinación orofacial, aspecto relevante para la articulación y calidad de la comunicación oral. No se reportan dificultades específicas de deglución dentro de la información suministrada. Diagnóstico Fonoaudiológico: La paciente MARYELIN TIRADO MÉNDEZ presenta un trastorno severo de la comunicación asociado a retardo mental moderado y secuelas de parálisis cerebral, evidenciando limitaciones significativas en lenguaje comprensivo y expresivo, escasa funcionalidad comunicativa y dependencia constante de apoyo para la interacción. Se observa hipertonía orofacial, heminipoplasia facial derecha y posible microcefalia, que afectan la movilidad y coordinación de los órganos fonoarticuladores. Su comunicación es mínima, con pobre iniciativa, poca flexibilidad cognitiva y dificultades marcadas para socializar, lo cual limita la participación en contextos terapéuticos y sociales.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No. 6953

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente que asiste a programa permanente en la institución Ayudando a Vivir. Durante la sesión se observa inquietud motora permanente, baja tolerancia a actividades estructuradas y mínima colaboración. Presenta hipersensibilidad a estímulos auditivos y baja respuesta a consignas. Muestra dependencia parcial a total en actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión y guía física constante. Se evidencian dificultades en autorregulación, control postural y planificación motora. Utiliza expresiones emocionales básicas como medio de interacción. Se recomienda intervención orientada a la regulación sensorial, estructuración de rutinas, fortalecimiento del control corporal y facilitación de la participación funcional en actividades cotidianas.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Descripción del proceso académico y pedagógico:

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades lúdico-recreativas, artísticas y de estimulación integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, motrices, comunicativas y socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomía. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a rutinas pedagógicas y respuesta a los estímulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.

Observaciones pedagógicas: Proceso en evolución favorable.

Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias adaptadas.

María Camila Baquero Villamizar
Bachiller Formadora.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Jonathan Stiven Valencia Ramirez
Documento de identidad: 1074813470
Edad: 17 años

PSICOLOGA

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión presenta baja atención sostenida y escasa respuesta a consignas, con nivel de colaboración variable. Se observan dificultades en autorregulación emocional y conductual, con baja tolerancia a la frustración y a estímulos ambientales. La comunicación emocional se expresa principalmente a través de gestos, vocalizaciones y conductas no verbales. Responde mejor en contextos estructurados y con acompañamiento constante. Se recomienda intervención psicológica orientada al fortalecimiento de la regulación emocional, adaptación conductual, tolerancia a la frustración y apoyo a cuidadores mediante estrategias de manejo y contención.

Dra. Emma Stella Ruiz R.
Psicóloga
Magíster en Neuropsicología
Universidad Santo Tomás

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa que ingresa a la sesión en silla de ruedas. Durante la valoración se evidencia la necesidad de mejorar los pinzamientos funcionales, especialmente para actividades como coger un lapicero, utilizar la cuchara u otros utensilios, lo cual limita su desempeño en tareas de la vida diaria. El paciente muestra interés por actividades de pintura, lo que representa una oportunidad terapéutica para el trabajo de motricidad fina y coordinación manual.

En la evaluación de la movilidad articular se observa que el paciente realiza movimientos en rangos limitados. A nivel de rodillas no se evidencia extensión debido a la presencia de tope rígido, lo que condiciona la funcionalidad del miembro inferior. Se identifica debilidad muscular generalizada, asociada al descanso prolongado en silla de ruedas, con una fuerza muscular aproximada de 3 en la escala de Daniels modificada en miembros superiores y 3- en miembros inferiores, afectando su capacidad para realizar movimientos funcionales de manera independiente.

El paciente obedece órdenes simples e interactúa con el profesional durante la sesión, facilitando el desarrollo de las actividades terapéuticas. En el área funcional, depende de ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria y las actividades básicas cotidianas. Se observa presencia de cialorrea, así como rigidez muscular a nivel de la articulación temporomandibular, lo que puede influir en su funcionalidad orofacial.

En cuanto a la motricidad fina, se evidencia la necesidad de mayor estimulación, ya que el paciente logra coger objetos de diferentes formas y lanzarlos, aunque con poca fuerza, mostrando limitaciones en la precisión y el control del movimiento. En conclusión, el paciente presenta compromiso motor caracterizado por debilidad muscular, limitación en la movilidad articular y alteraciones en la motricidad fina, por lo que se recomienda intervención fisioterapéutica orientada al fortalecimiento muscular progresivo, mantenimiento y mejora de rangos articulares, estimulación de la motricidad fina y funcional, así como al trabajo postural y funcional, con el fin de favorecer su independencia y calidad de vida.

Dr. Jefferson Andrés Gomez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No 11493

FONOAUDIOLOGIA

Paciente que asiste a programa permanente en la institución Ayudando a Vivir. Durante la sesión presenta inquietud motora constante y baja disposición para la participación. No responde a órdenes simples, lo que limita la interacción terapéutica. La comunicación es reducida y básica, orientada principalmente a la expresión de estados emocionales y búsqueda de atención. Emite sonidos vocálicos y silábicos nasalizados, predominando estereotipias verbales. La comprensión del lenguaje receptivo es muy limitada. A nivel orofacial se observa hipotonía generalizada, con dificultades en la masticación, control salivar y manejo de alimentos sólidos y líquidos. Requiere apoyo constante durante la sesión. Se sugiere intervención orientada al fortalecimiento de la comunicación funcional, la estimulación orofacial y el acompañamiento en procesos de alimentación.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg Pp 8057

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente que asiste a programa permanente en la institución Ayudando a Vivir. Durante la sesión se observa inquietud motora permanente, baja tolerancia a actividades estructuradas y mínima colaboración. Presenta hipersensibilidad a estímulos auditivos y baja respuesta a consignas. Muestra dependencia parcial a total en actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión y guía física constante. Se evidencian dificultades en

autorregulación, control postural y planificación motora. Utiliza expresiones emocionales básicas como medio de interacción. Se recomienda intervención orientada a la regulación sensorial, estructuración de rutinas, fortalecimiento del control corporal y facilitación de la participación funcional en actividades cotidianas.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La comprensión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni símbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad.

María Camila Baquero Villamizar
Bachiller Formadora.

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Javier Iván Vargas Ahumada
Documento de identidad: 1121853102
Edad: 36 años

PSICOLOGA
Se realiza valoración psicológica de un paciente masculino de 36 años con diagnóstico de Síndrome de Down, quien presenta serias dificultades en procesos cognitivos formales especialmente en abstracción, planificación y resolución de problemas, aunque mantiene una memoria a corto plazo funcional para tareas rutinarias y un mejor desempeño en actividades prácticas y concretas.

A nivel socioemocional, muestra labilidad emocional con cambios de humor frecuentes, dificultades en la identificación y regulación de emociones, preferencia por entornos conocidos y baja tolerancia a la frustración, pese a su tendencia a perseverar en tareas de interés.

En el área del lenguaje no cuenta con lenguaje oral, pero se comunica mediante gestos, señalamientos y expresiones faciales, respondiendo adecuadamente a instrucciones simples y mostrando potencial para fortalecer su comunicación a través de apoyos visuales o sistemas alternativos.

En el área motora presenta buena motricidad fina y coordinación gruesa adecuada, aunque con cierta rigidez y dificultades en actividades que exigen precisión o rapidez de movimientos gruesos. Excelente habilidad manual que le habilita para trabajos de pintura bordado, tejido con alta precisión.

Recomendaciones

Implementar apoyos visuales y sistemas aumentativos de comunicación, fomentar rutinas estructuradas con anticipación a cambios, trabajar habilidades socioemocionales mediante estrategias de regulación emocional, ofrecer tareas prácticas y segmentadas que faciliten la comprensión, promover actividades motoras progresivas que reduzcan la rigidez y fortalecer la tolerancia a la frustración mediante refuerzos positivos y metas alcanzables.

Implementar rutinas estables y anticipación a cambios para disminuir la ansiedad y la labilidad emocional.

Trabajar la identificación y regulación emocional mediante apoyos visuales (cartas emocionales, termómetros emocionales) y técnicas básicas de respiración o relajación.

Favorecer interacciones sociales progresivas, iniciando en entornos conocidos y ampliando gradualmente la exposición.

Reforzar positivamente los logros y establecer metas pequeñas para mejorar la tolerancia a la frustración.

Dra. Enma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con diagnóstico médico de síndrome de Down, quien durante la sesión se muestra colaborador, respondiendo a órdenes simples y manteniendo interacción con el terapeuta mediante gestos faciales y señales con la mano, lo que permite una comunicación funcional. El paciente realiza sus actividades de la vida diaria, aunque presenta ciertas limitaciones motoras y motivacionales que influyen en su desempeño general.

En la valoración motora se observa que el paciente requiere mejorar el equilibrio y la propiocepción, aspectos fundamentales para la estabilidad postural y el control durante actividades dinámicas. La marcha es buena, con una buena base de sustentación, lo que favorece un desplazamiento seguro. No obstante, el paciente corre y salta poco, manifestando fatiga, falta de fuerza y confianza al ejecutar estos movimientos.

En las actividades de coordinación y fuerza, el paciente lanza objetos de diferentes formas, pero presenta poca puntería y falta de fuerza, lo que evidencia limitaciones en la planificación motora y la integración visomotora. El agarre es funcional, aunque requiere mejorar la motricidad fina para un mejor desempeño en tareas de precisión. Además, se observa falta de ánimo y voluntad para realizar algunas actividades, lo cual disminuye el nivel de participación y puede influir en el progreso terapéutico. En actividades con balón, el paciente patea con buen control, logrando dirigir adecuadamente el gesto motor.

En conclusión, el paciente presenta un perfil motor y sensoriomotor caracterizado por dificultades en equilibrio, propiocepción, fuerza y motricidad fina, acompañadas de baja motivación que influye en su rendimiento durante la sesión. A pesar de estas limitaciones, conserva un patrón de marcha funcional y habilidades básicas que favorecen su independencia en la vida diaria. Se recomienda un programa fisioterapéutico orientado a fortalecimiento general, mejora del equilibrio y la propiocepción, estimulación de la

motricidad fina y actividades motivacionales, con el fin de mejorar la participación activa y el desempeño funcional del paciente.

Dr. Jefferson Andres Gomez Mendez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA

Motivo de consulta: Evaluación y seguimiento fonoaudiológico para determinar el estado actual de las habilidades comunicativas, funciones estomatognáticas y desempeño funcional del paciente. Observación general: El paciente asiste de forma permanente al programa institucional. Responde a órdenes simples y semicomplejas con apoyo parcial. Mantiene una interacción adecuada con sus pares y entorno social mediante gestos faciales, señas y apoyo con imágenes, lo que permite una comunicación funcional. Se observan episodios de baja tolerancia a la frustración, falta de ánimo y disminución en la voluntad para participar en algunas actividades, lo cual puede influir en el progreso terapéutico.

Comunicación y lenguaje: Modalidad comunicativa: Usa gestos faciales, señas y apoyo visual (imágenes) para comunicarse de forma funcional. Emplea señas y gestos para preguntar y responder. Vocabulario escaso.

Intención comunicativa: Intención comunicativa presente, aunque dependiente de apoyos visuales y gestuales. Lenguaje comprensivo y expresivo: entiende ordenes sencillo y semi complejas con apoyo. No lee. Transcribe palabras y realiza trazos consonánticos. Reconoce algunas vocales. Limitaciones en la expresión verbal debido a su vocabulario reducido. Evaluación de órganos y funciones estomatognáticas Estructuras: Macroglosia, con hábito de protrusión lingual al comer y durante su rutina diaria. Tono y movilidad dentro de parámetros funcionales en los demás órganos orofaciales. Función respiratoria: Respirador buco nasal.

Alimentación y deglución: Masticación y deglución funcionales. Tiende a amasar los alimentos con la lengua, asociado a su macroglosia.

Área funcional: Realiza algunas actividades básicas de la vida diaria de forma funcional. Presenta dificultades conductuales asociadas a baja tolerancia a la frustración, que afectan el nivel de participación en actividades.

Diagnóstico fonoaudiológico: El paciente presenta un perfil comunicativo caracterizado por el uso predominante de gestos, señas y apoyos visuales, con limitaciones en el vocabulario y en las habilidades lectoescritura les, propias del síndrome de Down. La macroglosia y el hábito de protrusión lingual influyen en el proceso de masticación y en algunos patrones orofaciales. A nivel conductual presenta episodios de baja tolerancia a la frustración y disminución de la motivación, lo cual impacta de manera directa en su desempeño terapéutico.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg.No 6752

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente que asiste a programa permanente en la institución Ayudando a Vivir. Durante la sesión se observa inquietud motora permanente, baja tolerancia a actividades estructuradas y mínima colaboración. Presenta hipersensibilidad a estímulos auditivos y baja respuesta a consignas. Muestra dependencia parcial a total en actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión y guía física constante. Se evidencian dificultades en autorregulación, control postural y planificación motora. Utiliza expresiones emocionales básicas como medio de interacción. Se recomienda intervención orientada a la regulación sensorial, estructuración de rutinas, fortalecimiento del control corporal y facilitación de la participación funcional en actividades cotidianas.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuaria que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presento dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La comprensión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni símbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere

pautas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad

Sandra Milena Gutiérrez Ospina
Bachiller formador.

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Sandra Lizeth Vargas Viancha
Documento de identidad: 1115947123
Edad: 17 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración en el área de psicología a paciente femenina de 17 años que presenta dificultades significativas en los procesos de aprendizaje, el funcionamiento cognitivo, psicomotor, del lenguaje, así como en los procesos de integración afectiva y adaptativa, lo cual impacta su desempeño funcional y su capacidad de adaptación a diferentes contextos.

Se observan procesos de aprendizaje lentos y dificultades en la memoria, especialmente para aspectos concretos como números, datos familiares y música. Presenta un desarrollo tardío en la formación de la memoria, requiriendo múltiples repeticiones para la fijación de la información, la cual suele ser inexacta y de difícil evocación.
Se evidencia baja amplitud perceptual, con observaciones de objetos, sucesos y situaciones poco diferenciadas, así como escaso desarrollo de representaciones mentales. El desarrollo intelectual se encuentra en una etapa preconceptual. Se encuentra afectado el sentido crítico, el pensamiento independiente y los procesos de activación, conceptualización y generalización. Presenta dificultad para comprender instrucciones, planificar estrategias, resolver problemas y atender a múltiples estímulos de manera simultánea.

La atención muestra baja distribución y escasa capacidad de integración perceptual. La concentración se mantiene por periodos cortos, observándose en ocasiones una mirada superficial y errante, no siempre atribuible a pérdida de atención sino a fatiga.

En Comunicación y Lenguaje

El paciente se comunica verbalmente; sin embargo, presenta un repertorio lingüístico pobre, con defectos específicos de pronunciación y vocalización, predominando distalias. A pesar de ello, se observa un buen nivel de comprensión tanto de indicaciones como del contenido de conversaciones.

La afectiva mente se presenta lábil, con cambios de estado de ánimo sin causa aparente. Se muestra impresionable, con ocasional dificultad para frenar impulsos. Puede responder de manera terca y obstinada como mecanismo defensivo frente a su deficiente razonamiento y baja tolerancia a la frustración. Al tomar mayor

conciencia de sus limitaciones, se muestra serio, reservado y triste. Se observa escasa tonalidad afectiva y dificultad para expresar emociones, así como intereses inestables.

Área Adaptativa:
Durante la evaluación se mostró colaboradora, aunque con manifestaciones de ansiedad, especialmente frustración cuando las situaciones no ocurren según su expectativa o cuando percibe invasión de su espacio personal.. Es capaz de realizar tareas sencillas bajo estrecha supervisión y se adapta de manera relativamente adecuada a la vida familiar y comunitaria.

Recomendaciones
Implementar actividades de aprendizaje estructuradas, con instrucciones claras, concretas y repetitivas, utilizando apoyos visuales y prácticos que faciliten la comprensión, la fijación de la información y la generalización de los aprendizajes.

Aplicar estrategias de regulación emocional de forma constante, tales como anticipación de actividades, validación emocional y refuerzo positivo, con el fin de disminuir respuestas impulsivas, ansiedad y conductas de oposición ante situaciones frustrantes.

Favorecer la intervención psicomotora y del lenguaje, orientada al fortalecimiento del esquema corporal, la orientación espacial, la coordinación motriz básica y la mejora progresiva de la articulación y expresión verbal funcional, adaptando las exigencias a su nivel de desempeño

Dra. Emma Stella Ruiz R.
Psicóloga
RP 62-0138 Magdalena
Universidad Santo Tomás

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa que se presenta colaboradora durante la sesión, socializando adecuadamente con el terapeuta y obedeciendo órdenes simples con buena disposición. Su participación es activa y mantiene una actitud favorable hacia las actividades propuestas.

Durante la valoración motora se evidencia que el paciente presenta buen equilibrio y adecuada propiocepción, lo que le permite realizar actividades estáticas y dinámicas con seguridad y control. La marcha es funcional, con un patron estable y eficiente. Ademas, el paciente logra correr y saltar sin dificultades, mostrando coordinación y fuerza apropiadas para su nivel de desarrollo.

En las actividades de coordinación y manipulación fina, se observa buen agarre fino que le permite manipular objetos pequeños con precisión. El paciente es capaz de lanzar objetos de diferentes formas con buena puntería, demostrando una adecuada integración visomotora. Asimismo, en actividades con balón, el paciente patea con buen control, logrando dirigir el movimiento con intención y estabilidad.

En el área funcional, el paciente realiza sus actividades de la vida diaria de manera independiente, evidenciando un adecuado nivel de autonomía. Su interacción con el entorno y con el terapeuta es apropiada, comunicándose y socializando sin dificultad.

En conclusión, el paciente presenta un desempeño motor y funcional favorable, con habilidades de equilibrio, propiocepción, coordinación y movilidad bien desarrolladas. Se recomienda continuar estimulando sus capacidades motrices y sociales mediante actividades dinámicas, juegos terapéuticos y retos motores que promuevan el mantenimiento y fortalecimiento de su condición actual.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No 11432

FONOAUDIOLOGIA

Antecedentes y descripción comunicativa
La paciente es una adolescente de 17 años con diagnóstico de retardo mental leve, quien asiste de forma permanente a la institución. Presenta habilidades comunicativas funcionales, expresándose verbalmente mediante frases complejas, con capacidad para narrar, describir y manejar temporalidad (presente, pasado y futuro). Su fluidez verbal es adecuada, no se evidencian disfalias, mantiene estructura gramatical correcta y posee un amplio vocabulario. En el entorno escolar, asiste los sábados a clases de primaria.
Se observa dificultad en los procesos de aprendizaje relacionados con la comprensión lectora y la lectoescritura, lo cual incide en el desarrollo académico formal. Evaluación de órganos y funciones estomatognáticas: Tono y movilidad orofacial: normales. Labios, lengua y mejillas: funcionalidad adecuada. Deglución: normal. Masticación: normal. Respiración: nasal. Habilidades sociales y funcionales: La paciente se socializa

adecuadamente, comparte y apoya a sus pares, comprende y sigue órdenes semicomplejas, manteniendo buena disposición en la intervención. Participa activamente en actividades propuestas, con actitud colaboradora. En el área de desempeño funcional, realiza de manera independiente sus actividades de la vida diaria, mostrando un nivel apropiado de autonomía personal y social.
Diagnóstico fonoaudiológico: Trastorno del aprendizaje en el área de comprensión lectora y lectoescritura asociado a discapacidad intelectual leve.
Habilidades comunicativas verbales funcionales y adecuadas para su edad y nivel cognitivo. Funciones orofaciales conservadas.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No. 6052

TERAPIA OCUPACIONAL

La usuaria de 17 años, con diagnóstico de retraso mental leve, ingresa en adecuadas condiciones generales y muestra buen arreglo personal, así como una higiene mayor y menor realizada de manera totalmente independiente. En el ámbito de las actividades básicas de la vida diaria se evidencia un desempeño funcional e independiente, con adecuada capacidad para realizar sus rutinas cotidianas sin requerir asistencia.

Presenta conocimiento de lateralidad, identificando correctamente derecha e izquierda. Su mano dominante es la derecha y utiliza un agarre trípode adecuado durante las actividades de dibujo y escritura. Se observa buena motricidad fina y gruesa, lo cual favorece su participación en actividades manipulativas y motoras. Asiste los días sábado a segundo grado, lo que contribuye a su proceso de aprendizaje, y en sesión demuestra buena tolerancia a las actividades en mesa, manteniendo disposición y participación activa.

A nivel conductual y sensorial, la usuaria se muestra alerta, receptiva y con interés por los estímulos del entorno, interactuando de manera adecuada dentro de la sesión. En cuanto al área cognitiva, se evidencian dificultades en los niveles de atención sostenida, concentración y en la memoria a corto y mediano plazo, lo que impacta en la adquisición de nuevos aprendizajes, en la retención de información y en la eficacia de la ejecución de tareas más complejas.

En términos generales, la usuaria presenta habilidades funcionales suficientes para desenvolverse de manera independiente en las actividades básicas de la vida diaria, aunque requiere acompañamiento en el fortalecimiento de funciones cognitivas superiores

que favorezcan su desempeño en actividades escolares, sociales y ocupacionales. Su actitud colaboradora y su buen nivel de participación constituyen factores positivos para continuar avanzando dentro del proceso terapeutico.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La compresión verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni simbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad.

Sandra Milena Gutiérrez Ospina
Bachiller formador.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Yuly Natalia Vela Mateus
Documento de identidad: 1026304023
Edad: 26 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración en el área de psicologia a paciente femenina de 27 años, con diagnóstico médico de cardiopatía congénita severa, osteoporosis secundaria y déficit cognitivo leve. Durante la evaluación, se observa que la paciente presenta un estado anímico reservado, triste y muy callada, con limitada iniciativa para interactuar de manera espontánea.

Al momento de la valoración, la paciente se percibe emocionalmente vulnerable, con tendencia al aislamiento y dificultad para expresar verbalmente sus emociones y necesidades. Mantiene contacto visual intermitente y responde de manera adecuada a consignas simples y preguntas directas, aunque con pausas y lentitud en la verbalización.

En el área cognitiva, se identifican limitaciones leves en memoria, atención sostenida y procesamiento de información compleja, acorde con su diagnóstico de déficit cognitivo leve. La paciente comprende instrucciones simples y semicomplejas, mostrando capacidad para seguir indicaciones y participar en actividades guiadas con apoyo mínimo.

En el ámbito socioemocional, se evidencia afecto congruente con la situación, aunque predomina un estado de ánimo bajo, retraimiento y falta de iniciativa social espontánea. No se observan conductas desorganizadas ni agresivas, pero sí signos de tristeza y ansiedad leve durante la interacción.

Respecto a la funcionalidad, la paciente es independiente en actividades de la vida diaria, necesitando orientación ocasional en situaciones complejas. Su comunicación verbal es funcional para expresar necesidades básicas, aunque limitada en el manejo de emociones complejas o abstractas.

Paciente con cardiopatía congénita y déficit cognitivo leve, reservada, con afecto triste y retraído. Presenta comprensión verbal adecuada, expresión limitada de emociones complejas y dependencia parcial en actividades más complejas. Requiere intervención psicológica para fortalecer manejo emocional, comunicación afectiva y autonomía funcional.

Recomendaciones

1. Iniciar o mantener intervención psicológica regular, enfocada en manejo emocional, regulación del estado de ánimo y fortalecimiento de la autoestima, utilizando técnicas adaptadas a su nivel cognitivo.

2. Promover estrategias de comunicación afectiva y expresión de emociones, mediante apoyos verbales, visuales y actividades guiadas, para facilitar la verbalización de sentimientos y necesidades.
3. Fomentar la autonomía funcional en actividades de la vida diaria y la participación social gradual, con acompañamiento y supervisión según sea necesario, reforzando logros con refuerzo positivo.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con diagnóstico médico de cardiopatía congénita severa y osteoporosis secundaria. Durante la sesión, la paciente se muestra colaboradora, obedece órdenes simples y mantiene una adecuada interacción social con el terapeuta. Realiza sus actividades de la vida diaria con supervisión e instrucciones. Cabe destacar que utiliza oxígeno a medio litro o litro y medio durante 16 horas nocturnas.

En la evaluación motora, la paciente presenta buen equilibrio y adecuada propiocepción, lo que favorece la estabilidad corporal en actividades básicas. En la locomoción, muestra una marcha funcional y estable, con buena base de sustentación; sin embargo, se fatiga con rapidez debido a su condición cardíaca, lo que limita su tolerancia al esfuerzo. No realiza actividades de correr ni saltar, y manifiesta poca preferencia por actividades físicas intensas.

En cuanto a la motricidad fina, la paciente presenta buen agarre y capacidad para manipular objetos; no obstante, aún requiere mejorar la coordinación fina para optimizar la precisión en tareas específicas. Es capaz de lanzar objetos de diversas formas, aunque con mala puntería. En actividades con balón, logra patearlo con algo de control.

Funcionalmente, la paciente realiza sus actividades cotidianas siguiendo instrucciones, mostrando independencia parcial. Su actitud colaboradora y su disposición para interactuar con el terapeuta facilitan la ejecución de las actividades propuestas dentro de su tolerancia física.

En conclusión, se trata de una paciente con cardiopatía congénita severa y osteoporosis secundaria, con habilidades motoras básicas conservadas, pero con limitaciones en la resistencia física y en actividades de mayor esfuerzo. Las áreas principales de intervención

incluyen el fortalecimiento de la motricidad fina, el trabajo en la precisión de movimientos y la promoción de actividad física adaptada para mejorar la tolerancia al esfuerzo, siempre respetando su condicion cardiopulmonar y evitando sobrecargas.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA

Paciente que asiste a programa permanente en la insitlución Ayudando a Vivir. Durante la sesión presenta inquietud motora constante y baja disposición para la participación. No responde a órdenes simples, lo que limita la interacción terapéutica. La comunicación es reducida y básica, orientada principalmente a la expresión de estados emocionales y búsqueda de atención. Emite sonidos vocálicos y silábicos nasalizados, predominando estereotipias verbales. La comprensión del lenguaje receptivo es muy limitada. A nivel orofacial se observa hipotonía generalizada, con dificultades en la masticación, control salivar y manejo de alimentos sólidos y líquidos. Requiere apoyo constante durante la sesión. Se sugiere intervención orientada al fortalecimiento de la comunicación funcional, la estimulación orofacial y el acompañamiento en procesos de alimentación.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg No. 0028

TERAPIA OCUPACIONAL

La usuaria de 27 , con diagnóstico de cardiopatía, retraso mental moderado, ingresa en buenas condiciones de salud, presentando adecuada higiene y presentación personal. Se observa que la usuaria es independiente en sus actividades de la vida diaria, requiriendo apoyo y supervisión para el desarrollo de tareas básicas de autocuidado.

Durante la sesión, se identifica que la usuaria posee un agarre funcional de elementos, lo que permite su participación en actividades manipulativas simples. La alimentación se mantiene acorde a su diagnóstico, siguiendo las indicaciones establecidas por su equipo tratante.

Las actividades realizadas en la sesión se enfocan principalmente en la estimulación sensorial, con el propósito de favorecer su regulación, atención y respuesta adaptativa

frente a diversos estímulos, la usuaria si tolera puesto identifica colores, formas, letras, sigue instrucciones sigue imágenes.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Descripción del proceso académico y pedagógico:

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades lúdico-recreativas, artísticas y de estimulación integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, motrices, comunicativas y socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomía. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a rutinas pedagógicas y respuesta a los estímulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.

Observaciones pedagógicas: Proceso en evolución favorable.

Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias adaptadas.

Jeimy Karolina Cubides Moreno
Técnico laboral en preescolar.

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Omar Sneider Velásquez Ardila
Documento de identidad: 1121870993
Edad: 35 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración psicológica de un paciente masculino de 34 años con diagnóstico de retardo mental severo, quien presenta un desarrollo cognitivo profundamente comprometido y un funcionamiento global altamente dependiente de apoyos externos. A nivel cognitivo se observan severas limitaciones en la comprensión y aplicación de normas o instrucciones, con una capacidad de atención muy reducida, dificultad para sostener la mirada en una actividad específica, mínima retención de información nueva y ausencia de habilidades de planificación o resolución de problemas, lo que exige la utilización permanente de guías simples, concretas y repetitivas. En el área socioemocional y conductual, el paciente muestra baja tolerancia a la estructuración de actividades, tendencia frecuente a abandonar tareas o deambular por el consultorio, escasa comprensión de límites y oposición marcada ante indicaciones, junto con resistencia a cambios en la rutina que pueden detonar episodios de irritabilidad, descontrol conductual o agresividad dirigida hacia la terapeuta cuando se le solicita participar en actividades no deseadas. En cuanto al lenguaje y la comunicación, presenta un lenguaje oral prácticamente ausente y no funcional, con importantes dificultades para comprender instrucciones, dependiendo de gestos, miradas, conductas y otros recursos no verbales para expresar deseos o emociones, lo que requiere el uso de apoyos visuales, señalamiento y modelamiento constante. En el área motora no se evidencian limitaciones estructurales, pero su comportamiento motriz refleja una baja permanencia en un solo espacio, deambulando continuamente, mostrando impulsividad motora y rechazando tareas que exigen coordinación fina, posiblemente debido a frustración o evitación de actividades que percibe como demandantes. Su perfil global indica la necesidad de abordajes altamente estructurados, simples y orientados a la regulación emocional y funcional, priorizando la contención y la prevención de conductas agresivas.

Recomendaciones

Se recomienda continuar con un proceso terapéutico basado en actividades de muy baja complejidad, estructuradas en pasos breves y concretos, con un ritmo lento y repetitivo que facilite la comprensión, evitando tareas que generen alta frustración. Es necesario fortalecer estrategias de regulación emocional, introduciendo apoyos visuales, rutinas estables y anticipación de actividades para reducir la irritabilidad y la resistencia a cambios. Se sugiere implementar un sistema de comunicación alternativa y aumentativa que incluya pictogramas, gestos, objetos de referencia y demostraciones, con el fin de facilitar la expresión de necesidades y disminuir conductas agresivas derivadas de la incomunicación. Asimismo, se recomienda trabajar de manera continua en la construcción de límites simples, coherentes y consistentes, reforzando positivamente cualquier conducta de permanencia, cooperación o tolerancia mínima a la frustración. Finalmente, se sugiere orientar al cuidador o acompañante principal en estrategias de manejo conductual, prevención de

crisis, establecimiento de rutinas y uso de apoyos visuales, garantizando coherencia en el abordaje dentro y fuera del espacio terapéutico.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con diagnóstico médico de retraso mental grave, acompañado de un deterioro significativo del comportamiento que requiere atención y tratamiento continuo. Durante la sesión, el paciente se muestra colaborador, aunque obedece de manera limitada las órdenes simples y mantiene una constante verbalización de necesidades básicas como "hambre" o "chichi", lo que interfiere en la continuidad de las actividades. Se observa que el paciente se queja con frecuencia, lo cual dificulta la concentración y la participación sostenida.

En la valoración motora, el paciente presenta falta de equilibrio y disminución de la propiocepción, elementos que afectan significativamente su control postural. La marcha se encuentra alterada, con un patrón en el que el paciente tambalea y pierde estabilidad, a pesar de mantener una amplia base de sustentación como mecanismo de compensación. No realiza actividades de mayor demanda motora como correr o saltar, debido tanto a limitaciones físicas como conductuales.

En tareas de coordinación, el paciente lanza objetos de diferentes formas, aunque sin puntería, lo que indica dificultad en la integración visomotora. El agarre es adecuado, permitiéndole manipular objetos básicos; sin embargo, el control motor general se encuentra comprometido. En actividades con balón, el paciente patea sin control, mostrando dificultades para ajustar la fuerza y la dirección del movimiento.

En el área funcional, el paciente depende de apoyo para algunas actividades de la vida diaria, debido a sus limitaciones cognitivas, conductuales y motoras. Aunque muestra momentos de colaboración, requiere de estar en supervisión debido a la inestabilidad de la marcha y a la dificultad para mantener la atención durante las actividades.

En conclusión, el paciente presenta un perfil caracterizado por importantes alteraciones cognitivas, conductuales y motoras, con marcado déficit en equilibrio, propiocepción y coordinación. A pesar de estas dificultades, mantiene una marcha funcional limitada y habilidades básicas de manipulación. Se recomienda fisioterapia orientado a mejorar el

control postural, incrementar la estabilidad durante la marcha, reforzar la propiocepción y trabajar la coordinación, mediante actividades estructuradas, simples y repetitivas, acompañadas de apoyo conductual constante para favorecer la participacion y la seguridad del paciente.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA

Motivo de consulta: Evaluación y seguimiento del paciente para determinar el estado actual de sus habilidades comunicativas, lenguaje, funciones estomatognáticas y desempeño funcional, con el fin de orientar el abordaje terapéutico y las necesidades de apoyo. Observaciones: El paciente presenta colaboración parcial, atiende órdenes simples de forma limitada y mantiene verbalizaciones constantes relacionadas con necesidades básicas como "hambre" o "chichi". Presenta quejas frecuentes que interfieren en la continuidad de las actividades y dificultan la concentración. Su participación es fluctuante, requiere supervisión constante debido a inestabilidad de la marcha, baja tolerancia a la actividad dirigida y escasa atención sostenida. Comunicación y Lenguaje: Lenguaje expresivo: Emplea palabras y frases muy sencillas, inarticuladas y repetidas, sin estructura gramatical. No mantiene una dinámica comunicativa funcional. Comunicación reducida a necesidades fisiológicas básicas. Lenguaje comprensivo. Limitado a órdenes simples y concretas, que atiende parcialmente. No comprende instrucciones complejas. Vocabulario: Muy limitado. No identifica colores, números o figuras geométricas. Lectoescritura: No lee ni escribe. Habilidades pragmáticas: No sostiene turnos comunicativos. No presenta intención comunicativa más allá de expresar necesidades básicas o incomodidad. Quejas constantes interfieren en la interacción. Funciones Estomatognáticas: Respiración: Buco-nasal. Estructuras anatómicas: Labios: Delgados, hipotónicos, con leve sialorrea. Lengua: Delgada, ancha, con marcada hipotonía; movimientos limitados y poco eficientes.
Masticación: Lenta, sin fuerza, con dificultad para triturar alimentos.
Deglución: Comprometida, requiere asistencia con cuchara para recibir alimentos.
Alimentación: Sin selectividad alimenticia. Área Funcional: El paciente presenta dependencia parcial y en ocasiones total para actividades de la vida diaria debido a sus limitaciones cognitivas, conductuales y motoras. Aunque puede colaborar en tareas sencillas, requiere supervisión constante por riesgo de caídas, inestabilidad marcha y baja comprensión del entorno. Coordinación mano-boca: Muy limitada. Control postural: Escaso, afecta el momento de la alimentación. Diagnóstico Fonoaudiológico: El paciente presenta un trastorno severo de la comunicación y del lenguaje secundario a retraso mental grave, caracterizado por: Limitación significativa del lenguaje expresivo y comprensivo. Uso reducido de palabras aisladas y frases inarticuladas sin valor

comunicativo funcional. Severas dificultades pragmáticas o intención comunicativa restringida. Deterioro conductual que interfiere en el proceso comunicativo. Alteración marcada en las funciones estomatognáticas (hipotonía lingual y labial, sialorrea, masticación y deglución ineficientes). Patrón comunicativo dependiente y no funcional para actividades sociales o adaptativas. En conjunto, el cuadro es compatible con alteración global de la comunicación, con afectación severa en lenguaje, pragmática y alimentación.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No 4852

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión se observa inquietud motora permanente, baja tolerancia a actividades estructuradas y mínima colaboración. Presenta hipersensibilidad a estímulos auditivos y baja respuesta a consignas. Muestra dependencia parcial a total en actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión y guía física constante. Se evidencian dificultades en autorregulación, control postural y planificación motora. Utiliza expresiones emocionales básicas como medio de interacción. Se recomienda intervención orientada a la regulación sensorial, estructuración de rutinas, fortalecimiento del control corporal y facilitación de la participación funcional en actividades cotidianas.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Usuario que presenta discapacidad intelectual moderada, evidenciando dificultades en los procesos de atención sostenida, memoria funcional y comprensión de consignas complejas. Requiere instrucciones simples, concretas y repetitivas para la realización de actividades. Se observa dificultades en la coordinación general, equilibrio y control postural. Presenta movimiento torpes y lentos, lo que interfiere en actividades que requieren desplazamientos o coordinación corporal. A nivel de motricidad fina presenta dificultades significativas en la coordinación óculo-manual, presión y manipulación de objetos

pequeños. Esto afecta actividades como el uso del lápiz, tijeras y material didáctico fino. El lenguaje oral es funcional a nivel básico, permitiéndole expresar necesidades simples. La compresion verbal es limitada, especialmente ante consignas largas o abstractas. No reconoce letras ni simbolos escritos, no reconoce letras del abecedario, no realiza procesos de lectoescritura, no escribe su nombre, ni palabras, no presenta lectura funcional. Presenta baja tolerancia al puesto de trabajo, mostrando conducta de evitación, frustración y abandono de tareas cuando la actividad se prolonga en el tiempo. Requiere pausas frecuentes, refuerzo positivo y acompañamiento constante para mantener la permanencia en la actividad

María Camia Baquero Villamizar
Bachiller Formadora.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Daniel Ricardo Velásquez Barragán
Documento de identidad: 1122524723
Edad: 14 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración en el área de psicología a paciente masculino de 14 años, con diagnóstico de déficit cognitivo y alteraciones conductuales significativas. Al momento de la evaluación, el paciente presenta dificultades marcadas en atención, autocontrol, comunicación y desarrollo académico, que impactan su desempeño funcional y social.

Muestra Patrón de atención deficitaria: dificultad para mantener el foco en tareas, fácil distraclibilidad y problemas para finalizar actividades de manera autónoma. Impulsividad evidente en respuestas apresuradas sin reflexión previa y dificultad para respetar turnos en interacciones sociales. Actividad motora elevada con movimientos constantes, inquietud y dificultad para permanecer sentado durante periodos prolongados. Coordinación visomotora afectada, impactando la escritura y destrezas manuales.

A nivel de Comunicación y Lenguaje

Dificultades en comprensión y expresión verbal: problemas para estructurar oraciones complejas y expresar ideas de manera organizada. Lenguaje receptivo limitado: dificultad para seguir instrucciones compuestas y comprender conceptos abstractos. Problemas de articulación fonética y fluidez verbal, afectando la comunicación efectiva y generando frustración al intentar expresarse.

Cognitivamente: Retraso en adquisición de habilidades de lectoescritura y cálculo numérico; dificultades para asociar fonemas con grafemas, segmentar palabras y reconocer patrones numéricos. Baja destreza en actividades académicas que requieren planificación, análisis y coordinación motora fina. Evitación de tareas que impliquen esfuerzo cognitivo debido a frustración recurrente.

Área Emocional: Reacciones frecuentes de frustración e irritabilidad cuando no logra expresar ideas o completar tareas. Ansiedad ante situaciones nuevas o de alto requerimiento académico. Baja tolerancia a la frustración que influye negativamente en su comportamiento en contextos escolares y familiares. Hiperactividad que interfiere con la realización de actividades y el seguimiento de instrucciones.

Interacción Social y Adaptación: Dificultad para integrarse en dinámicas grupales de manera autónoma. Necesita supervisión constante para cumplir normas y participar en actividades colectivas. Tendencia a evitar contextos que demanden concentración, esfuerzo cognitivo o resolución de problemas.

Paciente adolescente con déficit cognitivo y alteración del comportamiento, que presenta un patron de atencion deficitaria, impulsividad, hiperactividad, dificultades de

comunicación y retraso en habilidades académicas básicas. Las manifestaciones emocionales incluyen frustración, ansiedad e irritabilidad, interfiriendo con su desempeño escolar y social. Requiere intervención terapéutica integral para promover desarrollo cognitivo, regulación emocional y habilidades sociales funcionales.

yRecomendaciones

1. Implementar intervención psicológica individual, centrada en regulación emocional, manejo de frustración, atención sostenida e impulsividad.
2. Aplicar estrategias de aprendizaje adaptadas a su nivel cognitivo: uso de apoyos visuales, segmentación de tareas y refuerzo positivo para motivar la finalización de actividades.
3. Incluir estimulación del lenguaje y comunicación funcional, con ejercicios de articulación, expresión organizada de ideas y comprensión de instrucciones.
4. Favorecer la participación en actividades académicas gradualmente, evitando sobrecarga y promoviendo confianza y autonomía progresiva.

Dra. Emma Stella Ruiz R.
Terapeuta
RED-SIS Distrital
Universidad Distrital

FISIOTERAPIA

Paciente con diagnóstico médico de retraso mental profundo, acompañado de un deterioro significativo del comportamiento que requiere atención o tratamiento. Presenta además retardo en el desarrollo. Durante la sesión, el paciente se muestra colaborador, activo para realizar la actividad física, obedece órdenes simples y mantiene interacción adecuada con el terapeuta.

En la evaluación motora se observa poco equilibrio, aunque con buena propiocepción, lo cual le permite mantener cierto control corporal pese a las dificultades posturales. La marcha es funcional, sin embargo, se evidencia adelantamiento de la cabeza durante el desplazamiento. Presenta buena base de sustentación y habilidades motoras gruesas conservadas, como correr y saltar sin mayores complicaciones. Asimismo, demuestra capacidad para patear un balón con algo de control.

En cuanto a la motricidad fina, el paciente presenta buen agarre, aunque requiere fortalecer la precisión y coordinación, ya que aún se observa necesidad de mejorar esta área. Es capaz de lanzar objetos de diferentes formas, aunque con poca puntería.

En el desempeño funcional, el paciente realiza algunas actividades de la vida diaria de manera independiente, aunque aún necesita apoyo para tareas más complejas. Su actitud colaboradora y su adecuada socialización con el terapeuta favorecen el desarrollo de las sesiones.

En conclusión, se trata de un paciente con retraso mental profundo y retardo en el desarrollo, con habilidades motoras gruesas funcionales y participación activa en las actividades. Como áreas principales de intervención se destacan el trabajo en equilibrio, la mejora de la motricidad fina y el control postural, con el fin de promover un mayor nivel de autonomía y funcionalidad en su vida diaria.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg No 11433

FONOAUDIOLOGIA

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesion presenta inquietud motora constante y baja disposicion para la participacion. No responde a órdenes simples, lo que limita la interacción terapéutica. La comunicación es reducida y básica, orientada principalmente a la expresión de estados emocionales y búsqueda de atención. Emite sonidos vocálicos y silábicos nasalizados, predominando estereotipias verbales. La comprensión del lenguaje receptivo es muy limitada. A nivel orofacial se observa hipotonía generalizada, con dificultades en la masticación, control salivar y manejo de alimentos solidos y liquidos. Requiere apoyo constante durante la sesion. Se sugiere intervención orientada al fortalecimiento de la comunicación funcional, la estimulación orofacial y el acompañamiento en procesos de alimentación.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg No 0822

TERAPIA OCUPACIONAL

El usuario de 12 años asiste a la sesión en buenas condiciones generales de salud. Durante la interacción terapéutica se observa disposición para participar en las actividades propuestas. En relación con el área perceptual-cognitiva, se evidencia que reconoce los

colores primarios, aunque presenta dificultad para diferenciarlos de manera consistente, requiriendo apoyos verbales o ejemplos visuales para lograr la identificación correcta.

En cuanto a las habilidades motoras finas, se aprecia un agarre en pinza trípode funcional, adecuado para la manipulación de objetos pequeños y la ejecución de tareas de precisión. Este patrón de prensión se mantiene de forma estable durante las actividades, aunque en momentos de mayor demanda aparece cierta fatigabilidad que puede influir en la calidad del desempeño.

En general, el usuario presenta capacidades que permiten un buen nivel de participación, pero aun requiere apoyo en el fortalecimiento de la discriminación de colores y en la consolidación de la coordinación fina para favorecer su autonomía en actividades escolares y de la vida diaria.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Descripción del proceso académico y pedagógico:

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades lúdico-recreativas, artísticas y de estimulación integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, motrices, comunicativas y socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomía. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a rutinas pedagógicas y respuesta a los estímulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.

Observaciones pedagógicas: Proceso en evolución favorable.

Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias adaptadas.

Jeimy Karolina Cubides Moreno
Técnico laboral en preescolar.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

FICHA DE VALORACION INTERDISCIPLINARIA

Nombre del usuario / beneficiario: Paula Andrea Vergara Toro
Documento de identidad: 1029993941
Edad: 14 años

PSICOLOGA

Se realiza valoración en el área de psicología a paciente femenina de 14 años, diagnosticada con Déficit cognitivo leve F700. Al momento de la valoración se le percibe alerta, alegre, desenvuelta, algo tímida pero capaz de desempeñarse adecuadamente a nivel social y adaptativo. Ha entrado en la etapa de sus cambios fisiológicos y hormonales normales para alcanzar su capacidad reproductiva, sin ningún tipo de rebeldía o ansiedad.

Durante la valoración, la paciente se presenta alerta, alegre, colaboradora y socialmente desenvuelta, aunque con rasgos de timidez moderada. Pese a ello, demuestra un adecuado nivel de adaptación en interacciones sociales y se muestra abierta al diálogo y a participar en las actividades propuestas.

La paciente se encuentra en un proceso de cambios fisiológicos y hormonales propios de la adolescencia, los cuales han sido integrados de manera adecuada, sin manifestar señales de rebeldía, ansiedad significativa o alteraciones conductuales.

En el ámbito psicológico, ha iniciado una etapa de mayor reflexión y comprensión de sí misma, mostrando capacidad para evaluar su realidad personal, su entorno y su diagnóstico. Ha logrado reconocer su condición con aceptación y madurez, lo que ha favorecido su adaptación emocional.

Las relaciones de amistad, tanto con pares del mismo sexo como del sexo opuesto, han contribuido de forma positiva a su proceso de identidad, autoconocimiento y desarrollo socioemocional.

A nivel cognitivo se evidencia dificultad para comprender conceptos complejos o no literales. Dificultad para analizar situaciones fuera de contextos conocidos, requiere guía para identificar alternativas y soluciones, limitada capacidad para anticipar pasos y secuencias, se distrae con facilidad en tareas prolongadas o con múltiples estímulos, presenta mayor lentitud para retener información y aplicar conocimientos nuevos, dificultad para generalizar lo aprendido a situaciones nuevas.

La paciente muestra adecuada disposición afectiva, pero sus limitaciones cognitivas han repercutido en su autoestima, en especial:
Sensación de no poder mantenerse al nivel de sus compañeros.
Inseguridad al afrontar tareas que requieren razonamiento o rapidez cognitiva.
Ansiedad ante la percepción de menor capacidad para comprender o ejecutar actividades escolares o sociales complejas.
Aun así, mantiene una actitud positiva y busca apoyo cuando lo necesita, lo cual constituye un factor protector importante.

Recomendaciones

Trabajar en fortalecimiento de autoestima, manejo de la ansiedad, habilidades socioemocionales y estrategias de afrontamiento.

Utilizar metodologías adaptadas a su ritmo de aprendizaje, con instrucciones claras, apoyo visual y segmentación de tareas.

Actividades para mejorar planificación, organización, memoria de trabajo y resolución de problemas.

Practicar rutinas, toma de decisiones supervisada y desarrollo de mayor autonomía en tareas diarias.

Para mejorar la comunicación asertiva, resolución de conflictos y habilidades para relacionarse en contextos diversos.

Dra. Emma Stella Ruiz R.

FISIOTERAPIA

Paciente con capacidad diversa. Durante la sesión se muestra colaboradora, obedece órdenes simples y mantiene adecuada socialización con el terapeuta. Realiza sus actividades de la vida diaria de manera funcional y acorde a sus capacidades.

En la evaluación motora, el paciente presenta buen equilibrio, aunque con disminución de la propiocepción, lo que puede influir en la precisión del control postural y en la estabilidad durante ciertas tareas dinámicas. Aun así, muestra buena marcha y una base de sustentación estable, lo que le permite desplazarse de manera segura. Es capaz de correr y saltar, aunque se observa la necesidad de mejorar la estabilidad en estas actividades.

En relación con la coordinación y habilidades manipulativas, el paciente posee buen agarre y capacidad para lanzar objetos de diferentes formas, pero con falta de puntería. Se identifica la necesidad de continuar reforzando la motricidad fina para mejorar la precisión y la coordinación manual.

En actividades con balón, el paciente patea con buen control, demostrando adecuada coordinación de miembros inferiores y planificación motora en tareas funcionales.

En conclusión: Se trata de un paciente con capacidad diversa que presenta habilidades motoras gruesas funcionales y buen equilibrio, aunque con áreas a reforzar como la propiocepción, la motricidad fina y la estabilidad en actividades dinámicas. Las intervenciones deben orientarse al fortalecimiento del control postural, la mejora de la precisión motora y el incremento de la estabilidad durante la marcha rápida, la carrera y el salto, con el fin de optimizar su desempeño y autonomía.

Dr. Jefferson Andrés Gómez Méndez
Fisioterapeuta
Reg. No. 11433

FONOAUDIOLOGIA

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión presenta inquietud motora constante y baja disposición para la participación. No responde a órdenes simples, lo que limita la interacción terapéutica. La comunicación es reducida y básica, orientada principalmente a la expresión de estados emocionales y búsqueda de atención. Emite sonidos vocálicos y silábicos nasalizados, predominando estereotipias verbales. La comprensión del lenguaje receptivo es muy limitada. A nivel orofacial se observa hipotonía generalizada, con dificultades en la masticación, control salivar y manejo de alimentos sólidos y líquidos. Requiere apoyo constante durante la sesión. Se sugiere intervención orientada al fortalecimiento de la comunicación funcional, la estimulación orofacial y el acompañamiento en procesos de alimentación.

Dra. Claudia Patricia Bejarano
Fonoaudióloga
Reg. No. [illegible]

TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente que asiste a programa permanente en la institución *Ayudando a Vivir*. Durante la sesión se observa inquietud motora permanente, baja tolerancia a actividades estructuradas y mínima colaboración. Presenta hipersensibilidad a estímulos auditivos y baja respuesta a consignas. Muestra dependencia parcial a total en actividades de la vida diaria, requiriendo supervisión y guía física constante. Se evidencian dificultades en autorregulación, control postural y planificación motora. Utiliza expresiones emocionales básicas como medio de interacción. Se recomienda intervención orientada a la regulación

sensorial, estructuración de rutinas, fortalecimiento del control corporal y facilitación de la participación funcional en actividades cotidianas.

Janneth Constanza Garnica L.

AREA PEDAGOGICA

Descripción del proceso académico y pedagógico:

El usuario recibe atención pedagógica adaptada dentro del programa de atención integral, mediante actividades lúdico-recreativas, artísticas y de estimulación integral, orientadas al fortalecimiento de habilidades cognitivas, motrices, comunicativas y socioemocionales. Participa en actividades como pintura, juegos dirigidos, estimulación sensorial y dinámicas guiadas.

Durante el proceso se evidencia la necesidad de acompañamiento constante para el seguimiento de instrucciones, la permanencia en la tarea y el desarrollo de la autonomía. No obstante, se observan avances progresivos en la participación activa, adaptación a rutinas pedagógicas y respuesta a los estímulos propuestos, respetando su ritmo de aprendizaje y condiciones individuales.

Observaciones pedagógicas: Proceso en evolución favorable.

Recomendaciones: Continuar con el acompañamiento pedagógico individualizado y estrategias adaptadas.

Sandra Milena Gutiérrez Ospina
Bachiller formador.

ANEXO 08:

LISTA DE ASISTENCIA

	CONTRATO GOBERNACIÓN DEL META	META
	LISTA DE ASISTENCIA	

GRUPO 1 MAÑANA

No.	APELLIDOS	NOMBRES	NOVIEMBRE											DICIEMBRE													
			18	19	20	21	22	24	25	26	27	28	29	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	15	16	17
1	BERNAL BETANCOURT	MARTIN																										
2	CHAPARRO LEAL	YEFERSON STEVEN																										
3	GARCIA QUIROGA	PAULA ANDREA																										
4	GARCIA ROZO	ANGEL DAVID																										
5	MARTINEZ CASTILLO	ENOC																										
6	MEDINA ORTIZ	DYLAN MATIAS																										
7	RETAMOZO GUTIERREZ	ELIHU MARTIN																										
8	SOLANO MELO	JUSSEPH CAMILO																										

F	
A	

Jenny Ricardina Cubides M
DOCENTE

	CONTRATO GOBERNACIÓN DEL META	META
	LISTA DE ASISTENCIA	

GRUPO 2 MAÑANA																												
No.	NOMBRES	APELLIDOS	NOVIEMBRE											DICIEMBRE														
			18	19	20	21	22	24	25	26	27	28	29	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	15	16	17
1	BUENO SILVA	CLAUDIA BEATRIZ	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
2	CUZMAN BARRIOS	SANTIAGO	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
3	PARRA	EDISON ANDRES	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
4	PEDRAZA	LUIS EDUARDO	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
5	PULIDO LEON	LUIS SANTIAGO	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
6	RUEDA CRAVO	SARA EDITH	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
7	SAAVEDRA TORRES	CARLOS ANDRES	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
8	VARGAS AHUMADA	JAVIER IVAN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

F	
A	

DOCENTE

	CONTRATO GOBERNACIÓN DEL META	META
	LISTA DE ASISTENCIA	

GRUPO 3 MAÑANA																										
No.	APELLIDOS	NOMBRES	NOVIEMBRE										DICIEMBRE													
			18	19	20	21	22	24	25	26	27	28	29	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	15	16	17
1	GARCIA DIAZ	ANA MARIA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
2	ORTIZ TEJADA	PABLO ENRIQUE	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
3	PACHECO ROMERO	SEBASTIAN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
4	PEREZ ORTEGA	ANDRES RICARDO	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
5	ROMERO PEDRAZA	JORGE SEBASTIAN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
6	TIRADO MENDEZ	MARYELIN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
7	VELASQUEZ ARDILA	OMAR SNEIDER	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

F	
A	

CamiloBaquero
DOCENTE

	CONTRATO GOBERNACIÓN DEL META	META
	LISTA DE ASISTENCIA	

GRUPO 1 TARDE																												
No.	APELLIDOS	NOMBRES	NOVIEMBRE											DICIEMBRE														
			18	19	20	21	22	24	25	26	27	28	29	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	15	16	17
1	AVILA GOMEZ	JESUS ESTIVEN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
2	CASTAÑEDA ROA	LUISA FERNANDA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
3	CARRERA LADINO	JUAN MIGUEL	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
4	CUBILLOS LINARES	EDILSON NEYMAR	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
5	DIAZ ACOSTA	JUAN CAMILO	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
6	LUNA MONSALVE	RUSBEL DAVID	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
7	MUÑOZ DELGADO	AARON	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
8	MURCIA MATEUS	EILYN CAROLINA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
9	PEÑA GARCIA	JOHAN SEBASTIAN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
10	REYES VELASQUEZ	RAFAEL	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
11	VELA MATEUS	YULY NATALIA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
12	VELASQUEZ BARRAGAN	DANIEL RICARDO	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

F	
A	

Jenny Karolina Cubides TL.

DOCENTE

	CONTRATO GOBERNACIÓN DEL META	META
	LISTA DE ASISTENCIA	

GRUPO 2 TARDE																												
No.			NOVIEMBRE											DICIEMBRE														
			18	19	20	21	22	24	25	26	27	28	29	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	15	16	17
1	BENAVIDEZ HERNANEZ	BRAYAN ALEXANDER																										
2	BOSADILA AVILA	MARIANA YISELA																										
3	CARVAJAL SALAZAR	ANGIE CRISTINA																										
4	GUALTEROS CACERES	XIOMARA PAULINA																										
5	MURCIA RIVEROS	ANGELO DAVID																										
6	OSPINA PRIETO	JULIAN DAVID																										
7	PARRADO CASTRO	SAMUEL FELIPE																										
8	PULIDO TOVAR	STEPHANI																										
9	RICS CASALLAS	DANIEL																										
10	VARGAS VIANCHA	SANDRA LIZETH																										
11	VERGARA TORO	PAULA ANDREA																										

F	
A	

Claudia Cortes

DOCENTE

	CONTRATO GOBERNACIÓN DEL META	
	LISTA DE ASISTENCIA	META

GRUPO 3 TARDE																												
No.	APELLIDOS	NOMBRES	NOVIEMBRE											DICIEMBRE														
			18	19	20	21	22	24	25	26	27	28	29	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	15	16	17
1	ALARCON FLORES	HERIT ANDRES	A	A	X	X	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
2	CASTRILLON MUÑOZ	JUAN MANUEL	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
3	CRISTANCHO CAMPO	EDGAR IVAN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
4	DAZA REINA	JOSE FERNANDO	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
5	GOMEZ RODRIGUEZ	DEISY MILADY	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
6	MEDINA HERNANDEZ	RAFAEL ENRIQUE	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
7	OVIEDO JIMENEZ	MICHAEL ESLEY	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
8	PALACIOS BORJA	EDWARD STEVEN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
9	PALACIOS BORJA	DEIVID STIV	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
10	ROCHA AREVALO	JOSE MANUEL	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
11	ROZO FIERRO	MAUREN SOFIA	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
12	SIMMONDS PEREIRA	NELSON SHAMIR	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
13	VALENCIA RAMIREZ	JHONATAN STIVEN	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

F		NO ASISTIO
A		ASISTIO

Camila Baquero.

DOCENTE

ANEXO 09:

LISDTADO DE ASISTENCIAS AL TALLER DE PADRES

TALLER DE PADRES DE PADRES DE FAMILIA "ARTE QUE RELAJA, CALMA QUE PERDURA"

META

No.	APELLIDOS	NOMBRES	NOMBRE DE ASISTENTES	FIRMA DE ASISTENTES
1	ALARCON FLORES	HERIT ANDRES	Yoselne Florez	
			Heril Alarcon	
2	AVILA GOMEZ	JESUS ESTIVEN	• Lidis Magnolia Gómez	
			• Olivia Torres	
3	BENAVIDEZ HERNANEZ	BRAYAN ALEXANDER	• Denice Hernandez	
			• Camilo Hernandez	
4	BERNAL BETANCOURT	MARTIN	• Tatiana Betancurth	
			• Daniela Bernal	
5	BOBADILA AVILA	MARIANA YISELA	Yenny Avila	
			Yenny Avila	
6	BUENO SILVA	CLAUDIA BEATRIZ	Mariana Silva	
			Claudia Beatriz Silva	
7	CARRERA LADINO	JUAN MIGUEL	María de Jesus	
			Leidy Cortes	
8	CARVAJAL SALAZAR	ANGIE CRISTINA	Vanesa Salazar	
			Marcela rivera	
9	CASTAÑEDA ROA	LUISA FERNANDA	• Diana Roa	
			Camila Castañeda	
10	CASTRILLON MUÑOZ	JUAN MANUEL	Jenith Patricia Muñoz Forero	
			Tina Forero Ladino	
11	CHAPARRO LEAL	YEFERSON STEVEN	• Jeidy Chaparro	
			Ana Leal	
12	CRISTANCHO CAMPO	EDGAR IVAN	• Angelica Rocio	
			Carlos Cristancho M.	
13	CUBILLOS LINARES	EDILSON NEYMAR	• Monica Linares	
			Jose Cubillos	
14	DAZA REINA	JOSE FERNANDO	Adela Reina	
			Luz Mary Reina	
15	DIAZ ACOSTA	JUAN CAMILO	• Diana Acosta	
			• Sofia Ortiz	

TALLER DE PADRES DE PADRES DE FAMILIA "ARTE QUE RELAJA, CALMA QUE PERDURA"

META

16	GARCIA DIAZ	ANA MARIA	Fernando Garcia Daniel Garcia	
17	GARCIA QUIROGA	PAULA ANDREA	Delfina Quiroga Guillermina Qui	
18	GARCIA ROZO	ANGEL DAVID	Iris Rozo Perez	Iris Rozo
19	GOMEZ RODRIGUEZ	DEISY MILADY	Angel David Garcia Rozo Doris Rodriguez Laura Gomez	Angel David Garcia Laura
20	GUALTEROS CACERES	XIOMARA PAULINA	Luis Fernando Nuñez DARIS CACERES	Luis Fernando Nuñez DARIS CACERES
21	GUZMAN BARRIOS	SANTIAGO	Monica Barrios Jose Guzmán	Jose Guzmán
22	LUNA MONSALVE	RUSBEL DAVID	Yuly Paola Monsalve Yuly Paola Monsalve Monica Mercado	Yuly Paola Monsalve Monica Mercado
23	MARTINEZ CASTILLO	ENOC	Flora Helena Hernandez Camila Villamizar	Flora H Hernandez
24	MEDINA HERNANDEZ	RAFAEL ENRIQUE	Luisa Medina Cristina Medina	Luisa Medina Cristina Medina
25	MEDINA ORTIZ	DYLAN MATIAS	Muhdm Adit Gomez wilmer Medina silva	Muam omil 6
26	MUÑOZ DELGADO	AARON	Adriana Muñoz Armando Olarte	Adriana Muñoz Armando Olarte
27	MURCIA MATEUS	EILYN CAROLINA	Carol Mateus Parra Mary Ortiveiro	Carol Mateus Parra Mary Ontiveiro
28	MURCIA RIVEROS	ANGELO DAVID	Janeth Riveros Emerson Cortes	
29	ORTIZ TEJADA	PABLO ENRIQUE	Flora Helena Hernandez Camila Villamizar	Flora Helena Hernandez
30	OSPINA PRIETO	JULIAN DAVID	Nancy Prieto Benito CC 40433241 Vleio	Nancy Prieto

Jose Edgar Ospina
CC 7560236

Edgar.

TALLER DE PADRES DE PADRES DE FAMILIA "ARTE QUE RELAJA, CALMA QUE FERDURA"

META

31	OVIEDO JIMENEZ	MICHAEL ESLEY	Amanda Yanes Flores Veronica Pozo	Amanda Yanes Flores Veronica Pozo
32	PACHECO ROMERO	SEBASTIAN	Maribel Romero Adames c.c. 52.814.243 Cindy Johana Romero.	Maribel Romero A
33	PALACIOS BORJA	EDWARD STEVEN	Brenda. Maria Mercado	Brenda. Maria B
34	PALACIOS BORJA	DEMID STIV	Brenda Borja Veronica Mendoza	Brenda Veronica Men
35	PARRA	EDISON ANDRES	MARIA Parra Teresa Matos	MARIA Parra Teresa Matos
36	PARRADO CASTRO	SAMUEL FELIPE	Nubia Castro B. Arnulfo Parrado	Nubia Castro. Arnulfo Parrado.
37	PEDRAZA	LUIS EDUARDO	Mercedes Rodriguez Rodriguez Luis Pedraza Pedraza	MRR. LPP
38	PEÑA GARCIA	JOHAN SEBASTIAN	Claudia Pena Blanca E Barrera	Orlando Blanca E Barrera
39	PEREZ ORTEGA	ANDRES RICARDO	Pedro Pablo Perez Claudia Garces.	Pedro Claudia Garces
40	PULIDO LEON	LUIS SANTIAGO	Ana. Cecilia Leon Luis Ramon Pulido	Ana. Leon Luis
41	PULIDO TOVAR	STEPHANI	Nohelia Tovar Gallego Oscar Andres pulido Tovar	Nohelia Tovar G Oscar. pulido T
42	RETAMOZO GUTIERREZ	ELIHU MARTIN	Angela Colles Maria. Rubiano	Angela Colles Maria. Rubiano
43	REYES VELASQUEZ	RAFAEL	Lina Marcela Vasquez Fabian Reyes Parra.	Lina Vasquez Lina Vasquez
44	RIOS CASALLAS	DANIEL	Rebecca Gibson Jeeny Vargas	Rebecca Jeeny Vargas
45	ROCHA AREVALO	JOSE MANUEL	Wally Rodriguez Pedro Camilo	Wally Rodriguez Pedro Camilo

TALLER DE PADRES DE PADRES DE FAMILIA "ARTE QUE RELAJA, CALMA QUE PERDURA"

META

46	ROMERO PEDRAZA	JORGE SEBASTIAN	Carmen Belen Pedraza P. Maria Romero.	Carmen Belen Pedraza Maria Romero.
47	ROZO FIERRO	MAUREN SOFIA	Luz Medina Rincon Berenice Lopez	Luz Medina Rincon Berenice Lopez
48	RUEDA CRAVO	SARA EDDITH	Diva Cravo Yelena Barrera	Diva Cravo Yelena Barrera
49	SAAVEDRA TORRES	CARLOS ANDRES	Alba Torres Rosalba Leon	Alba Torres Rosalba Leon
50	SIMMONDS PEREIRA	NELSON SHAMIR	Ilse del Rocio Pereira Nelson Pereira	Ilse del Rocio Pereira Nelson Pereira
51	SOLANO MELO	JUSSEPH CAMILO	Olga Luci Melo Viviana Duran	Olga Luci Melo Viviana Duran
52	TIRADO MENDEZ	MARYELIN	Ambar Vergara Claudia Morales	Ambar Vergara Claudia Morales
53	VALENCIA RAMIREZ	JHONATAN STIVEN	Angela Liseth Ramirez Yaneth Ospina	Angela Liseth Ramirez Yaneth Ospina
54	VARGAS AHUMADA	JAVIER IVAN	Angela Vargas Ahumada Margarita Ahumada.	Angela Vargas A. A.
55	VARGAS VIANCHA	SANDRA LIZETH	MARCELIN MOLGARESO Edison Cabrera	MARCELIN M. Edison Cabrera
56	VELA MATEUS	YULY NATALIA	Carol Mateus Parra Mary Ontiveros	
57	VELASQUEZ ARDILA	OMAR SNEIDER	Maria Aurora Ardila Ortiz Jose German Velasquez	
58	VELASQUEZ BARRAGAN	DANIEL RICARDO	Yuberle Canon Graciela Cuesta	Yuberle Canon Graciela Cuesta.
59	VERGARA TORO	PAULA ANDREA	ANDREA TORO Paula Vergara	ANDREA TORO Paula Vergara.

ANEXO 10:

LISTADO DE ASISTENCIA A JORNADA DE INTEGRACION SABATINA

JORNADA DE INTEGRACIÓN SABATINA

META

No.	APELLIDOS	NOMBRES	NOMBRE DE ASISTENTES	FIRMA DE ASISTENTES
1	ALARCON FLORES	HERIT ANDRES	• Yesine Alarcon Garcia	•
2	AVILA GOMEZ	JESUS ESTIVEN	Lidis Magnolia Gomez	Lidis Magnolia Gómez
3	BENAVIDEZ HERNANEZ	BRAYAN ALEXANDER	Benilce Hernandez	Benilce Hernandez
4	BERNAL BETANCOURT	MARTIN	Tatiana Betancourt Ospina	Tatiana
5	BOBADILA AVILA	MARIANA YISELA	• Yenny Avila	• Yenny Avila
6	BUENO SILVA	CLAUDIA BEATRIZ	• Yamileth Bueno Silva	Yamileth Bueno Silva
7	CARRERA LADINO	JUAN MIGUEL	• Juan Miguel Carrera	•
8	CARVAJAL SALAZAR	ANGIE CRISTINA	• Vanesa Salazar	Vanesa Salazar
9	CASTAÑEDA ROA	LUISA FERNANDA	Diana Carolina Roa	
10	CASTRILLON MUÑOZ	JUAN MANUEL	• Yenith Patricia Muñoz Forero	•
11	CHAPARRO LEAL	YEFERSON STEVEN	Mra Yuliana Leal	
12	CRISTANCHO CAMPO	EDGAR IVAN	• Carlos Cristancho Mora	•
13	CUBILLOS LINARES	EDILSON NEYMAR		•
14	DAZA REINA	JOSE FERNANDO	• Adela Reina	
15	DIAZ ACOSTA	JUAN CAMILO	Shoana Acosta	Shoana Acosta
16	GARCIA DIAZ	ANA MARIA	Fernando Garcia	
17	GARCIA QUIROGA	PAULA ANDREA	• Delfina Quiroga	
18	GARCIA ROZO	ANGEL DAVID	Ines Viana Forero Parra	
19	GOMEZ RODRIGUEZ	DEISY MILADY	Doris del Carmen Rodriguez	Doris del C Rodriguez
20	GUALTEROS CACERES	XIOMARA PAULINA	• DAIRIS CACERES	DAIRIS CACERES
21	GUZMAN BARRIOS	SANTIAGO	• Monica Barrios	•
22	LUNA MONSALVE	RUSBEL DAVID	Yuly Paola Monsalve Marin	Yuly Paola Monsalve.
23	MARTINEZ CASTILLO	ENOC	Yoc Helerc Hernandez	Helen H.
24	MEDINA HERNANDEZ	RAFAEL ENRIQUE	Luisa Medina Hernandez	
25	MEDINA ORTIZ	DYLAN MATIAS	Myriam Ortiz	Myriam Ortiz
26	MUÑOZ DELGADO	AARON	• Adriana Marcela Muñoz	Adriana Muñoz
27	MURCIA MATEUS	EILYN CAROLINA	• Carol Mateus	• Carol Mateus
28	MURCIA RIVEROS	ANGELO DAVID	• Joneth Rivera	•
29	ORTIZ TEJADA	PABLO ENRQUE	Yesica Helerc Hernandez	Yesica Helerc Hernandez
30	OSPINA PRIETO	JULIAN DAVID	• Nancy Prieto Benito	•

JORNADA DE INTEGRACIÓN SABATINA

META

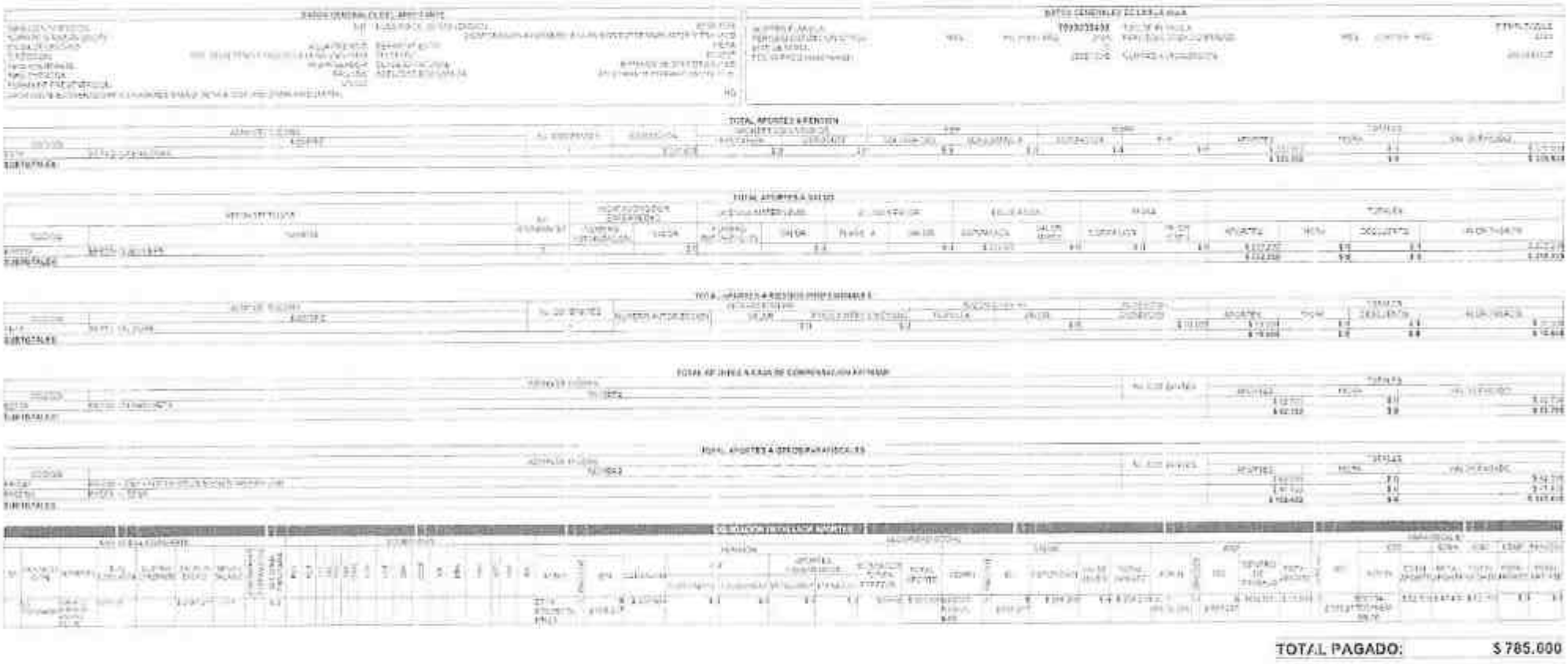
31	OVIEDO JIMENEZ	MICHAEL ESLEY	Amanda Gimenez	Amanda Gimenez
32	PACHECO ROMERO	SEBASTIAN	Maribel Romero Adames	Maribel Romero
33	PALACIOS BORJA	EDWARD STEVEN	Brenda Borja	Brenda
34	PALACIOS BORJA	DEIVID STIV	Brenda Borja	Brenda
35	PARRA	EDISON ANDRES	Edison Parra	Edison Parra
36	PARRADO CASTRO	SAMUEL FELIPE	Julieta Castro	Fabio Castro
37	PEDRAZA	LUIS EDUARDO	Luis Jesus Pedraza Pi	Luis
38	PEÑA GARCIA	JOHAN SEBASTIAN	Blanca Elvira Barrera	Johan
39	PEREZ ORTEGA	ANDRES RICARDO	Alejo Jhes Perez	Jhes Perez
40	PULIDO LEON	LUIS SANTIAGO	Luis Fernando Pulido	Luis
41	PULIDO TOVAR	STEPHANI	Nohelia Tovar Gallego	Nohelia Tovar. G
42	RETAMOZO GUTIERREZ	ELIHU MARTIN	Samuel Gutierrez	Samuel G.
43	REYES VELASQUEZ	RAFAEL	Ana Marcela Vasquez Marin	Ana Vasquez
44	RIOS CASALLAS	DANIEL	Isabella Canon Cuellar	Isabella Canon
45	ROCHA AREVALO	JOSE MANUEL	Belle Rocha M	Jose
46	ROMERO PEDRAZA	JORGE SEBASTIAN	Belen Pedraza	Jorge Pedraza
47	ROZO FIERRO	MAUREN SOFIA	Yuyeimarin Lora	Yuyeimarin Lora
48	RUEDA CRAVO	SARA EDDITH	Sara Eddy Cravo	Sara Eddy Cravo
49	SAAVEDRA TORRES	CARLOS ANDRES	Carlos	Carlos
50	SIMMONDS PEREIRA	NELSON SHAMIR	Nelson del Rosario Pereira	Nelson
51	SOLANO MELO	JUSSEPH CAMILO	Olga Lucia Melo	Camilo
52	TIRADO MENDEZ	MARYELIN	Maryelin Mendez	Maryelin
53	VALENCIA RAMIREZ	JHONATAN STIVEN	Angela Liseth Ramirez	Angela
54	VARGAS AHUMADA	JAVIER IVAN	Angela Patricia Vargas Ahumada	Angela Vargas A
55	VARGAS VIANCHA	SANDRA LIZETH	Maricelin Mendez	Maricelin M
56	VELA MATEUS	YULY NATALIA	Daniel Mateus	Carol Mateus
57	VELASQUEZ ARDILA	OMAR SNEIDER	Omar Ardila	Omar Ardila
58	VELASQUEZ BARRAGAN	DANIEL RICARDO	Isabella Canon	Isabella Canon
59	VERGARA TORO	PAULA ANDREA	Nubia Andrea Toro Novoa	Andrea Toro

ANEXO 11:

PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia



TOTAL PAGADO: **$ 785.000**

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900963678
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO		
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	SEC. CLUB TENIS FINCA VILLA	TELÉFONO:	3132937
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de otras asociaciones n.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7999239492**	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:		AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2009843637	

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 330.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 330.500**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 258.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 258.200**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8920001463	CCF34	CCF34-COFREM META	1	$ 82.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 82.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 10.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 10.800**
OTROS PARAFISCALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8999990341	PASENA	PASENA-SENA	1	$ 41.400
8999992392	PAICBF	PAICBF-ICBF	1	$ 62.000
		SUBTOTAL:		**$ 103.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 785.600**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 785.600**

Bancolombia

Sucursal Virtual Negocios

Pago PSE

15 Dic 2025 15:30:54
NIT: 900963678
Usuario: ANDRES FELIPE RAMIREZ GARNICA

Pago exitoso
CUS 2009843637

Comercio
SOI ACH

Referencia 1
10.80.25.153

Fecha
15 Dic 2025 15:30:54

Referencia 2
NI

Número de factura
7999239492

Referencia 3
900963678

Descripción del pago
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Valor del Pago
$785.600

Número de comprobante
TR1527523637

Costo de la transacción
$ 0

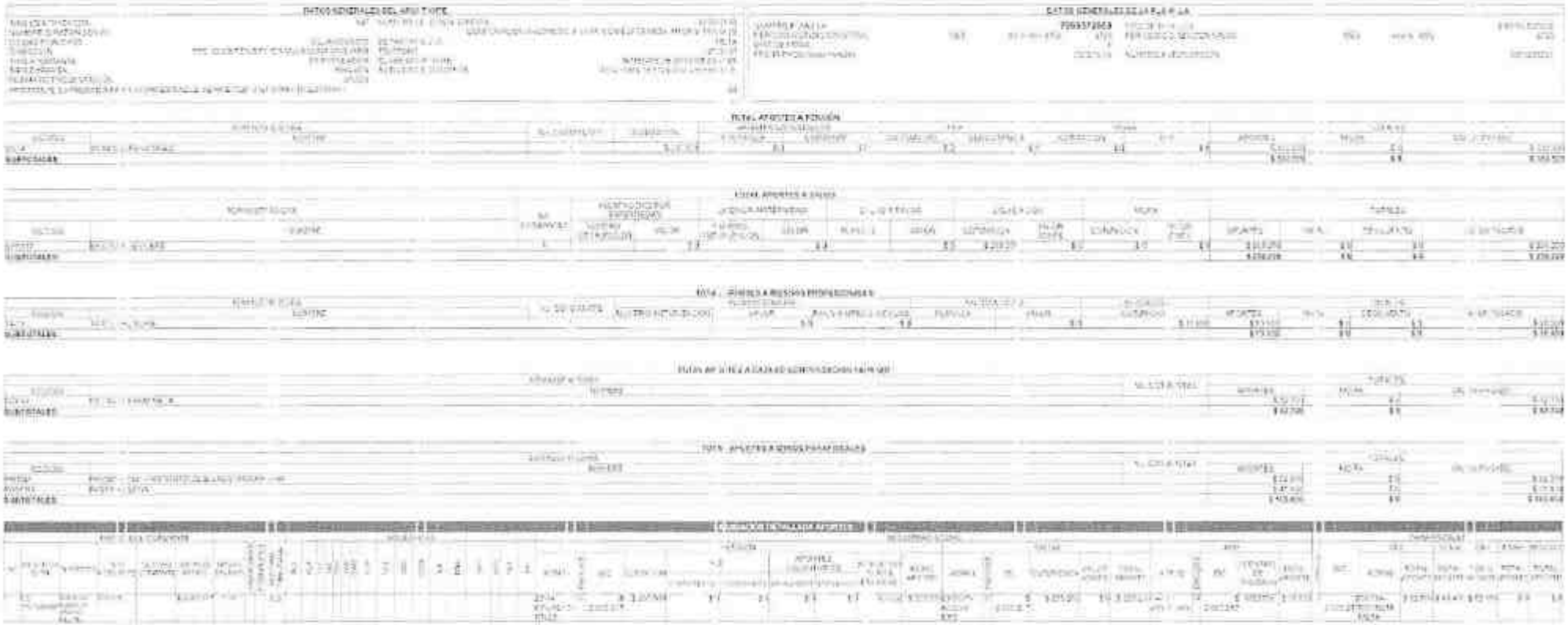
Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 3280**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia



TOTAL PAGADO: $ 785.600

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900963678
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO	
CIUDAD/MUNICIPIO:		VILLAVICENCIO DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	SEC. CLUB TENIS FINCA VILLA TELÉFONO:		3132937
TIPO APORTANTE:		01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:		PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de otras asociaciones n.
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:		7999372869	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/12/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2012655592

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 330.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 330.500**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 258.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 258.200**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8920001463	CCF34	CCF34-COFREM META	1	$ 82.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 82.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 10.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 10.800**
OTROS PARAFISCALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8999990341	PASENA	PASENA-SENA	1	$ 41.400
8999992392	PAICBF	PAICBF-ICBF	1	$ 62.000
		SUBTOTAL:		**$ 103.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 785.600**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 785.600**

Bancolombia

Sucursal Virtual Negocios

Pago PSE

16 Dic 2025 10:41:24
NIT: 900963678
Usuario: ANDRES FELIPE RAMIREZ GARNICA

Pago exitoso

CUS 2012655592

Comercio
SOI ACH

Referencia 1
10.80.25.153

Fecha
16 Dic 2025 10:41:24

Referencia 2
NI

Número de factura
7999372869

Referencia 3
900963678

Descripción del pago
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Valor del Pago
$785.600

Número de comprobante
TR1040375592

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 3280**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Dependiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DD/MM/AAAA)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (D-A/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	APO
					[illegible]	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	1	01/12/2025	81973825	$441.803	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	SALUDTOTAL EPS	800130907-4	174.000	0		0		0	0	0	0	174.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
23-14	Colpensiones	900336004-7	227.000	0	0	0	0	0	0		227.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otras Sistemas	Valor Mora Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	830039248-5	7.500				0	0	0	7.500			35	7.535	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF34	Cofrem	892000146-3	29.503	0	0	29.503	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de SGP, LMA, INP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	174.000	174.000
Pensión	1	227.000	227.000
Riesgos Laborales	1	7.535	7.535
CCF	1	29.503	29.503
ESAP	0	0	0
SENA	0	0	0
MEN	0	0	0
ICBF	0	0	0
TOTALES	4	441.803	441.803

Este documento ha sido validado como COPIA del perfil de Compensar Operador de información

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAGINA 1 DE 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO
CC	[illegible]	ANGIE VIVIANA ARDILA GUZMAN		[illegible]	[illegible]	[illegible]
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
OMISA	[illegible]			META	VILLAVICENCIO	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	1	01/12/2025	01004526	$317.010	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE								INTEGRACION NOVEDADES																				PAGOS							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No de Identificación	Apellidos y Nombres	Estado	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Residente en el Exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC-LR	AVP	VCT	IRP	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Cód. AFP	IBC AFP	Tarifa	Cotización	Fondo de Solidaridad	Fondo de Subsistencia	Fondo de Solidaridad de subsistencia	Fondo de solidaridad subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC Otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	[illegible]	[illegible]	01																								23-11	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	EPS048	[illegible]	[illegible]	14-1	[illegible]	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Este documento fue descargado desde MIPLANILLA por parte de [illegible] para uso informativo.

¡Listo! Hiciste tu pago

Pago en:

Descripción:

La cantidad de:

Impuesto del 4X1,000 de:

Impuesto IVA:

Fecha de transacción:

CUS:

Número de referencia 1:

Número de referencia 2:

Número de referencia 3:

Número de la factura:

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAGINA 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	RAZON SOCIAL APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	[illegible]			META	VILLAVICENCIO	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA Y HORA ASOCIADA (D-M-A H:M:S)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (D-M-A)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	APC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
[illegible]	[illegible]	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPSY2	Salud Total EPS	800130907-4	178.600	0		0		0	0	0	0	178.600	1

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0	0		[illegible]	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	N° Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14117	ARL SURA	800256396	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF34	Colsubsidio	860007336-1	28.500	0	0	28.500	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Afiliado Cotizante	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de INF, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.600	178.600
Pensión	1	227.600	227.600
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	1	28.500	28.500
SENA	0	0	0
ICBF	0	0	0
ESAP	0	0	0
MEN	0	0	0
TOTALES	4	441.800	441.800

Esta autoliquidación está validada con CERTIPOS sin perjuicio de las facultades de fiscalización

compensar mipplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERACION PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	[illegible]	ANDRE VIANNA PROFORTUN	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1-Empleador			META	VILLAVICENCIO	E

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UNI
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	1	16/01/2026	1430092	$441.603	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE								APORTES NOVEDADES												PENSION							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No de Identificacion	Apellidos y Nombres	Extranjero	Sufragio	Trabajador de Tiempo Parcial	Pensionado	Ing	Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	Cod. AFP	IBC AFP	Dias AFP	Valor AFP Cotizacion	Valor AFP Apoyo Solidario	Fondo de Pensiones	Fecha ingreso sistema pensional	Fecha retiro sistema pensional	Cod. EPS	IBC EPS	Cod. UPC EPS	Cod. ARL	IBC ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	Codigo CCF	IBC CCF	Tarifa CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	[illegible]	ANDRE GUARNIZO CASTAÑEDA	N	X																		1-A	$1.621.478	30	$207.673	$0	10			CCO02	$1.621.500	1	1813	$1.621.500	1	0,522%	24	$1.621.500	4%	$0	$0	$0	$0	$0

Este documento fue validado como PDF/A-2 por parte de Compensar Gestion de Informacion

nu

¡Listo! Hiciste tu pago

18 de 2025 | 18:18

Pago en:

Descripción:

La cantidad de:

Impuesto del 4X1.000 de:

Impuesto IVA:

Fecha de transacción:

CUS:

Número de referencia 1:

Número de referencia 2:

Número de referencia 3:

Número de la factura:

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia





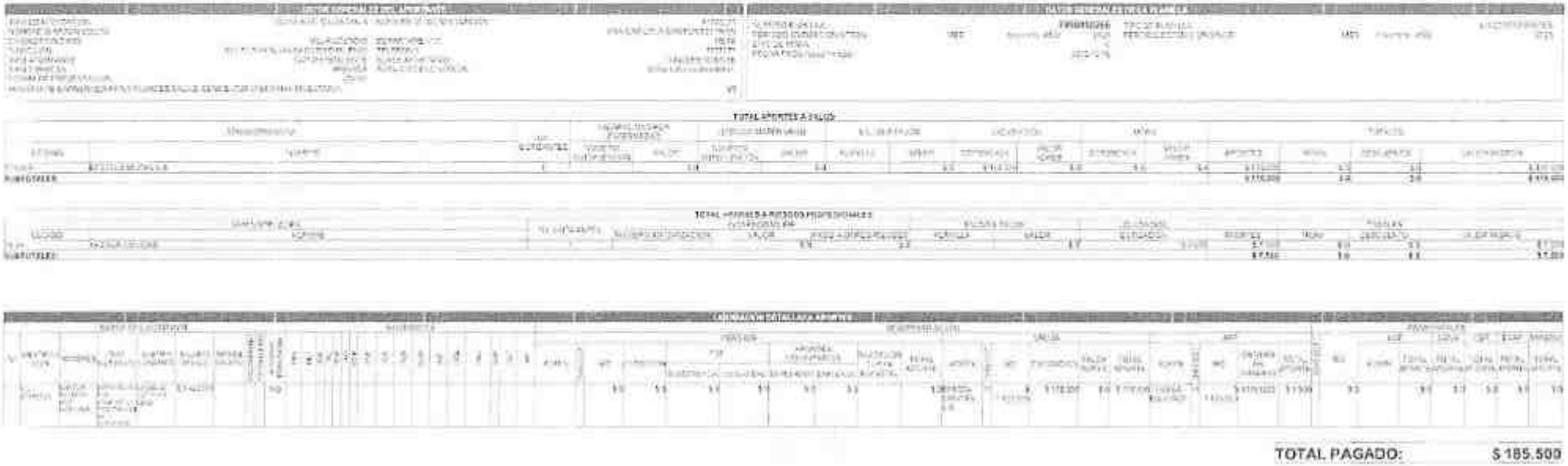




TOTAL PAGADO: **$ 186.900**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE PREVIO AL PAGO



TOTAL PAGADO: $ 185.500

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	N	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC [illegible]		[illegible]	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	[illegible]	[illegible]	[illegible]	N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

Periodo		Clave		Tipo	Fecha			Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-11	2025-11	[illegible]	[illegible]	E	2025/12/03	2025/12/03	BANCOLOMBIA	0	$114.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES		PENSIÓN			SALUD			CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre			Cotiz.	Días	IBC	Aporte	Cotiz.	Días	IBC	Aporte	Cotiz.	Días	Tar.	Aporte	Cotiz.	Días	IBC	Aporte	Cotiz.	IBC	Aporte	Exon. Ley 1607 SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	[illegible]	[illegible]		X	30	$1.900.000	$228.000	30	30	$1.900.000	$152.000					X	30	$1.900.000	$7.600					$387.600
Totales	Afiliados: 1					30	$1.900.000	$228.000			$1.900.000	$152.000							$1.900.000	$7.600					$387.600

2025/12/03 09:34 AM

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	N	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC [illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clase		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	[illegible]	9413450918	I	2025/12/10	2025/12/03	BANCOLOMBIA	0	$214.000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO		CODSU	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDO A FAVOR INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	$7.500	$0	$0	$7.500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		14-23	860.011.153	6	1	$7.500	$0	$0	$7.500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)					1	$28.500	$0	$0	$28.500
COMFEM		CCF34	890.820.146	3	1	$28.500	$0	$0	$28.500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	$178.000	$0	$0	$178.000
SANITAS		EPS005	800.251.440	6	1	$178.000	$0	$0	$178.000
TOTAL					1	$214.000	$0	$0	$214.000

Bancolombia

Comprobante en línea

1 Dic 2025 08:02:57

Pago PSE

Pago exitoso
CUS 1970658127

Comercio
APORTES EN LINEA

Referencia 1
181.51.34.223

Fecha
1 Dic 2025 08:02:57

Referencia 2
CC

Número de factura
9495650018

Referencia 3
41784181

Descripción del pago
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9495650018

Valor del Pago
$214.000

Número de comprobante
TR0801548127

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
**** 7758

VIGILADO

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	N.	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 4178484		RUIZ PUSHAYO DANA STELLA	DEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 5TA NO 2 A - 43 BODEGA	VILLAVICENCIO-META	6331258	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2112981174	5455775543	I	2026/01/21	2025/12/16	BANCOLOMBIA	0	$214.000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No	Identificación		Nombre	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SUS	LNR		Cotiza	Tar	DÍAS	Aporte	Cotiza	Tar	DÍAS	Aporte	Cotiza	Tar	DÍAS	Aporte	Cotiza	Tar	DÍAS	Aporte	Exo	DÍAS	Aporte	Exonerado ICBF	Total Aportes
1	CC	1121764171	YULI EMMA																			0		30	$0	0		30	$0	0		30	$0	0		30	$0		30	$0		$0
Total	Afiliados(1)																							30	$0			30	$0			30	$0			30	$0		30	$0		$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Operador SOMA o ICOP
CC 1136481	PRINCIPAL	CALLE 57A NO 1A - 68 ALEDAÑA	VILLAVICENCIO-META	6733078	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-12	2025-12	11-12361178	5101470433	I	2026-01-21	2025-12-16	BANCO DE BOGOTA	0	$214.000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR COTIZADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7.500	$0	$0	$7.500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-22	860.011.153	6	1	$7.500	$0	$0	$7.500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28.500	$0	$0	$28.500
COFREM	CCF34	892.000.146	3	1	$28.500	$0	$0	$28.500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178.000	$0	$0	$178.000
SANITAS	EPS005	800.251.440	6	1	$178.000	$0	$0	$178.000
TOTAL				1	$214.000	$0	$0	$214.000

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 001202

Martes, 16 de diciembre de 2025, 9:30:09 a. m.

Detalle

$214.000

Valor Pagado

IVA incluído:	$0
Pago a:	APORTES EN LINEA
Débito desde:	Cuenta de Ahorros *8058
Descripción:	Pago de la Planilla de aportes con clave: 9496473623
Fecha y hora inicio transacción	2025-12-16 09:28:52
NIT del comercio	9999001472382
Número de factura	9496473623
Código Único de Seguimiento	2012361172
Dirección IP:	181.51.34.223
Referencia 1:	181.51.34.223
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	41784181

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	TOMBRADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	[illegible]	JEISON FIGUEROA CUBIDES JOVEN		[illegible]	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD MUNICIPIO		
ORIGEN	1 - Dependiente			META	VILLAVICENCIO		501

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DD/MM/AAAA)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DD/MM/AAAA)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					SIN SANCION	MORA
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION				TOTAL A PAGAR	
[illegible]	[illegible]	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorizacion	Valor	No. Autorizacion	Valor					
EPS041	COMFACHOCO EPS	900156264-2	15.184	0		0		0	0	0	0	15.184	1

TOTALES PENSION												
Codigo AFP	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0	0		[illegible]	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Codigo ARL	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Incapacidades		Anticipo Otras Entidades	Valor Mora Cotizacion	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Sanciones	No. Radicado Solicitud FURP	Valor Solicitud Fosyga	No. de Solicitud	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorizacion	Valor										
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]	[illegible]

TOTALES CAJAS							
Codigo CCF	Nombre	ET	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Los Administradores	No. Administradoras Reportadas	Valor a pagar de IGS, IAA, EP y Mul	Total a Pagar
Salud	1	[illegible]	[illegible]
Pension	1	[illegible]	[illegible]
Riesgos Laborales	1	[illegible]	[illegible]
SENA	0	0	0
ICBF	0	0	0
ESAP	0	0	0
MEN	0	0	0
CCF CA	0	0	0
TOTALES	3	[illegible]	[illegible]

Kardex
1901

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	¿GENERADO PARA TARIFAS SALES Y SALUD
CC	[illegible]	JENNY PAOLINA [illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD MUNICIPIO		
UNICA	[illegible]			META	[illegible]		N

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (AAAAMMDD)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DD/MM/AAAA)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
[illegible]	[illegible]	1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	

LE FOR COTIZANTE

| INFORMACION COTIZANTE | | | | | | INFORMACION CONVENCIONES | | | | | | | | | | | | | | APORTES | | | | | | | | | | | | | |

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 130202

Martes, 16 de diciembre de 2025, 11:51:36 a. m.

Detalle

$358.200

Valor Pagado

IVA incluido:	$0
Pago a:	COMPENSAR-OI
Débito desde:	Cuenta de Ahorros *2178
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha y hora inicio transacción	2025-12-16 11:50:23
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	92408927
Código Único de Seguimiento	2012943027
Dirección IP:	190.0.246.109
Referencia 1:	
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1122239798

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	[illegible]	JEIN [illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	[illegible]			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PLANILLA ASOCIADA (DD/MM/AAAA)	TIPO PLANILLA	FORMA PAGO (A/M/E/SIN PAGO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IBC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2026-01	1	E/M/2026	92000942	343.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidad Comun		Licencia de Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorizacion	Valor	No. Autorizacion	Valor					
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	8909156264	175.000	0		0		0	0	0	0	175.000	1

TOTALES PENSION												
Codigo AFP	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230401	Protección Mov Pensiones	8912297838	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Codigo ARL	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotizacion	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Solidad Cotizacion	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorizacion	Valor										
14-11	ARL SURA	8909074965	7.600				7.600	0	0	7.600			76	7.600	1

TOTALES CAJAS						
Codigo CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICBF, SENA, ESAP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	175.000	175.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.600	7.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	410.400	410.400

Este documento está firmado digitalmente por la Caja de Compensación Operador de Información

Recibido
DIC

compensar mitalanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

Pág. 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERACION PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1122330458	JENNY KAROLINA DUBLES MORENO	Cra 40#40	3208107855	jennydubles@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
MANUAL	1 - Dependiente			META	VILLAVICENCIO	N

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	APC
					1	0
PERIODO SFLSS	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	1	10/12/2025	1.4XXXXX	$XXX.XXX	

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACION COTIZANTE | | | | | |

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 328202

Martes, 16 de diciembre de 2025, 11:53:33 a. m.

Detalle

$413.300

Valor Pagado

IVA incluido:	$0
Pago a:	COMPENSAR-OI
Débito desde:	Cuenta de Ahorros *2178
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha y hora inicio transacción	2025-12-16 11:52:39
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	92408942
Código Único de Seguimiento	2012952785
Dirección IP:	190.0.246.109
Referencia 1:	
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1122239798

enlace

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-12-03, 01:22:19 PM Tipo Planilla: I. PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 82111282

Periodo Cotización: noviembre de 2025 Periodo Servicio: noviembre de 2025

PAGADO 03/12/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JEFFERSON ANDRES GOMEZ MENDEZ		
Documento	CC1144192808	**Dirección**	CR 1 #54 - 20
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3768083
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	UNICO
Ciudad	CALI	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Días Cotizados	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días IRP	Días Mora			Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Caja de Compensación	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte CCAF	Aporte Min Educación	Total
[illegible]	[illegible]	51	30																	30				[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aportes Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	Aporte CCAF	Aporte Min Educación	Otras obligaciones, Licencias, Cuotas a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	[illegible]	$ 0	[illegible]

Enlace Operativo. Líneas Expertos en PILA: Barranquilla: 325 24 14 - Bogotá: 485 4185 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 11 27 - Manizales: 892 59 27 - Medellín: 604 27 27 - Desde otras ciudades: 018000 11 99 17.

Antes de imprimir, asegurar que sea necesario. Protejamos el medio ambiente entre todos.

enlace

Informacion de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900589184-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-12-03, 04:19:54 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	noviembre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2025
Empresa	JEFFERSON ANDRES GOMEZ MENDEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1144152868
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	82111252
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	197560/0162
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 420,700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Codigo	Administradora	Numero Afiliados	Valor en Mora	Total Intereses Mora
N900277040	23701	FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS	1	$ 222,800	$ 0
N900299715	ESSC24	CMPC Recaudo Cesantías ADRES ESSCSA	1	$ 178,000	$ 0
N900336370	1431	AFP SURA	1	$ 19,900	$ 0
		SubTotales:		$ 420,700	$ 0
		Total a Pagar:			$ 420,700

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 349 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Enlace Operativo no se hace responsable de los planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Protegor el medio ambiente está en nuestras manos.

enlace

SuAporte |

AUTOLIQUIDACION
COTIZACION SOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-12-16, 03:03:11 PM Tipo Planilla: E PLANILLA INDEPENDIENTES Numero Planilla: 324245[illegible]6

Periodo Cotización: diciembre de 2025 Periodo Servicio: diciembre de 2025

PAGADO 16/12/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JEFFERSON ANDRES GOMEZ VENDEZ		
Documento	CC1144[illegible]2808	**Dirección**	CR 1 #64 - 20
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3768983
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	UNICO
Ciudad	CALI	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC-LR	AVP	VCT	IRP	Días Cotizados	Salario Básico	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	UPC Adicional	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte ESAP	Aporte ICBF	Aporte SENA	Tarifa SENA	Aporte Mes Educativo
CC 1144[illegible]2808	GOMEZ VENDEZ JEFFERSON ANDRES	23	00																	30	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 341.640	[illegible]	$ 1.423.500	$ 170.820	12%		$ 14.235	[illegible]	$ 1.423.500	$ 56.940	$ 0	$ 0	$ 0	0%	$ 0	$ 569.400

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Mes Educativo	Otros conceptos, Licencias, Sobres y Fovis EPS	Mora Aportes SGP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL PESOS
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	[illegible]	$ 170.820	$ 14.235	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	[illegible]	$ 0	$ 0	$ 1.423.500	$ 0	$ 569.400

Enlace Operativo Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 41 - Bogotá: 486 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 4[illegible]3444 - Cartagena: 693 77 [illegible]7 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 69 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 29 72.

Aviso de exposición: Esta información es reservada. Protegida de acuerdo [illegible] datos personales [illegible].

enlace

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900886104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-12-16 03:01:28 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	diciembre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	diciembre de 2025
Empresa	JEFFERSON ANDRES GOMEZ MENDEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1144192608
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	82424946
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	[illegible]
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 420.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.asuporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800227940	230501	FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS	1	$ 227.800	$ 0
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
N800960790	14-11	ARL SURA	1	$ 14.900	$ 0
			SubTotales:	$ 420.700	$ 0
			Total a Pagar:		$ 420.700

Enlace Operativo, Línea Experta en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 86 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 90 77.

Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

Bancolombia

Comprobante en línea

16 Dic 2025 15:02:35

Pago PSE

Pago exitoso
CUS 2013661000

Comercio
ENLACE OPERATIVO S.A.

Referencia 1
172.29.10.57

Fecha
16 Dic 2025 15:02:35

Referencia 2
CC

Número de factura
82424946

Referencia 3
1144192808

Descripción del pago
Pago de Seguridad Social

Valor del Pago
$420.700

Número de comprobante
TR1501391000

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 9141**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia











TOTAL PAGADO: $413.600

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40390272
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CRA 12 37-18 CASA 30 CAMINO	TELÉFONO:	6607487
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7999435283**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACION	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/12/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2012899341

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 228.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 228.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9010379161	MIN002	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1	$ 178.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 178.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 7.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 413.600**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 413.600**

Bancolombia

Comprobante en línea

16 Dic 2025 11:40:49

Pago PSE

Pago exitoso
CUS 2012899341

Comercio
SOI ACH

Referencia 1
10.80.25.153

Fecha
16 Dic 2025 11:40:49

Referencia 2
CC

Número de factura
7999435283

Referencia 3
40390272

Descripción del pago
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Valor del Pago
$413.600

Número de comprobante
TR1139199341

Costo de la transacción
$ 0

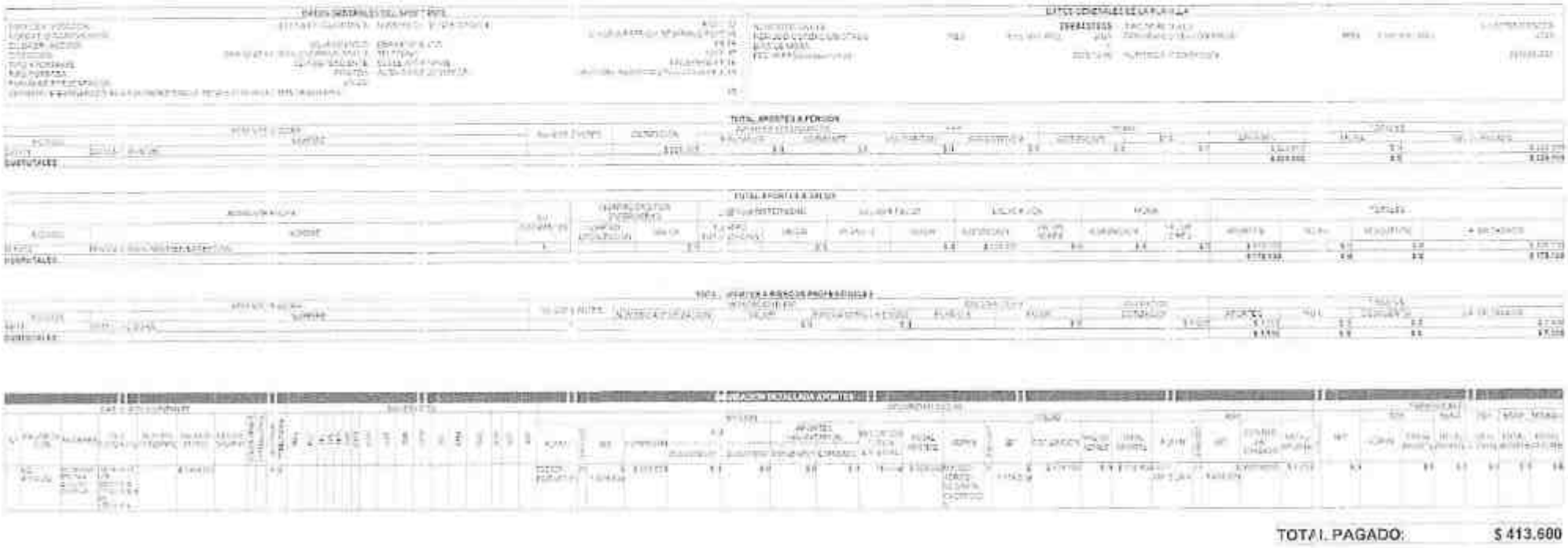
Producto origen
Ahorros - Bancolombia
**** **0678**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia



TOTAL PAGADO: $ 413.600

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40390272
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CRA 12 37 18 CASA 39 CAMINO	TELÉFONO:	8807457
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACION:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7999437006	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACION OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES:	diciembre
	AÑO:	2025		AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2012953581	

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

NIT	CÓDIGO	ADMINISTRADORA / NOMBRE	TOTALES COTIZANTES	TOTALES TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 228.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 228.000**
SALUD				
8010370161	MIN002	MIN002-ADRES REGIMEN EXCEPCION	1	$ 178.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 178.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
8909037065	14-11	14-11-ARL SURA	1	$ 7.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.500**

VALOR SIN MORA:	$ 413.600
VALOR MORA:	$ 0
TOTAL PAGADO:	$ 413.600

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Tienda
SOI ACH

Estado de la transacción
Transacción exitosa

Fecha de la transacción
16 de diciembre de 2025 a las 8:24 a. m.

CUS
2012139274

Referencia Nequi
M02417151

¿Cuánto?
$ 412.900.00

Valor de los impuestos
$ 0.00

Número de referencia 1
10.80.25.153

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
40390272

Factura de comercio
7998099549

Tu cinta salió de



Disponible

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

GNR

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

TOTAL APORTES LEY 100/93

TOTAL APORTES A SALUD

TOTAL APORTES PARAFISCALES

DETALLE DE LA LIQUIDACIÓN APORTES

TOTAL PAGADO: $ 100.000

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

GNB

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40394338
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			JANETH CONTANZA GARNICA LOZAGA
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	SECTOR CLUB DE FENI 5 VILLA	TELÉFONO:	6643577
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACION:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7999420881	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DIAS DE MORA:		4			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			2012785581

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
X																

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 99.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 99.100**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 77.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 77.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037805	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 3.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 3.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 179.200**
VALOR MORA:	**$ 800**
TOTAL PAGADO:	**$ 180.000**

nu

¡Listo! Hiciste tu pago

[redacted]

Pago en:

[redacted]

Descripción:

[redacted]

La cantidad de:

[redacted]

Impuesto del 4X1.000 de:

[redacted]

Impuesto IVA:

[redacted]

Fecha de transacción:

[redacted]

CUS:

[redacted]

Número de referencia 1:

[redacted]

Número de referencia 2:

[redacted]

Número de referencia 3:

[redacted]

Número de la factura:

[redacted]

[redacted]

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL











TOTAL PAGADO: $ 413.300

Jorge-Hh
DC

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

GNB

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACION:	40394338
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			JANETH CONTANZA GARNICA LOZAGA
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCION:	SECTOR CLUB DE FENI 5 VILLA	TELÉFONO:	6643577
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACION:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7999421320	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACION	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DIAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/12/16	NUMERO AUTORIZACION:		2012805497

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
	X															

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 227.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 227.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8902514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 178.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 178.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 7.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 413.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 413.300**



Pago en:

Descripción:

La cantidad de:

Impuesto del 4X1.000 de:

Impuesto IVA:

Fecha de transacción:

CUS:

Número de referencia 1:

Número de referencia 2:

Número de referencia 3:

Número de la factura:

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 21175294		[illegible]	[illegible]	PRINCIPAL	[illegible]	VILLAVICENCIO-META	[illegible]	[illegible]

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES			PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre				IBC	Aporte		IBC	Aporte		IBC	Aporte		IBC	Tarifa	Aporte		IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
[illegible]	[illegible]	[illegible]				[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$0			$423,900	$178,000		$0	$0		$3,423,500		$7,500		$0	$0		$185,500
Ciudad: VILLAVICENCIO | Depto: META (1 Afiliados)						$0			$423,900	$178,000		$0	$0		$3,423,500		$7,500		$0	$0		$185,500
1	CC	[illegible]	[illegible]			$0			$423,900	$178,000		$0	$0		$3,423,500		$7,500		$0	$0		$185,500
Total Afiliados: 1						$0			$423,900	$178,000		$0	$0		$3,423,500		$7,500		$0	$0		$185,500

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	[illegible]	[illegible]	E	2025-12-24	2025-12-16	[illegible]	0	$483.2

RESUMEN DE PAGO

RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	VALOR INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRAD	BAS: 1)				1	$7.500	$0	$0	$7.500
ARL SURA		14-11	890.903.790	5	1	$7.500	$0	$0	$7.500
EPS (ADMINISTRAD	BAS: 1)				1	$178.000	$0	$0	$178.000
NUEVA E.P.S.		EPS037	900.156.264	2	1	$178.000	$0	$0	$178.000
TOTAL					1	$185.500	$0	$0	$185.500

Bancolombia

Comprobante en línea

15 Dic 2025 21:05:24

Pago PSE

Pago exitoso
CUS 2011240679

Comercio
APORTES EN LINEA

Referencia 1
10.129.7.6

Fecha
15 Dic 2025 21:05:24

Referencia 2
CC

Número de factura
9496484027

Referencia 3
21175294

Descripción del pago
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9496484027

Valor del Pago
$185.500

Número de comprobante
TR2103500679

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 1551**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Encargado SENA e ICBF
[illegible]		[illegible]	[illegible]	PRINCIPAL	[illegible]	[illegible]	[illegible]	No

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES				PENSIÓN			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES				
No	Identificación	Nombre					Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Días	Clase	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerados (Ley 1607)	Total
[illegible]	[illegible]	[illegible]					[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							30	$0	$0	30	$1,423,500	$170,800	30	$0	$0	30		$1,423,500		$7,500	30	$0	$0		$178,300
Ciudad: VILLAVICENCIO (Sucursal: PRINCIPAL) (1 Afiliados)							30	$0	$0	30	$1,423,500	$170,800	30	$0	$0	30		$1,423,500		$7,500	30	$0	$0		$178,300
1	CC [illegible]	[illegible]					30	$0	$0	30	$1,423,500	$170,800	30	$0	$0	30	33	$1,423,500	0.522	$7,500	30	$0	$0	$0	$178,300
Total Afiliados: 1							$0		$0		$1,423,500	$170,800		$0	$0			$1,423,500		$7,500		$0	$0	$0	$178,300

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2026-01	2[illegible]	[illegible]	I	2026/01/16	2026/01/16	BANCOLOMBIA	0	$[illegible]

RESUMEN DE PAGO

CONCEPTO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7.500	$0	$0	$7.500
ARL SURA	14111	860.903.790	5	1	$7.500	$0	$0	$7.500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178.000	$0	$0	$178.000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900.156.264	7	1	$178.000	$0	$0	$178.000
TOTAL				1	$185.500	$0	$0	$185.500

Bancolombia

Comprobante en línea

15 Dic 2025 21:37:21

Pago PSE

Pago exitoso
CUS 2011369446

Comercio
APORTES EN LINEA

Referencia 1
10.129.7.6

Fecha
15 Dic 2025 21:37:21

Referencia 2
CC

Número de factura
9496484848

Referencia 3
21175294

Descripción del pago
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9496484848

Valor del Pago
$185.500

Número de comprobante
TR2136039446

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
**** 1551

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia











TOTAL PAGADO: $ 413.300

8:13

Pagos Nequi

pagos-pse.nequi.com.co

Nequi

Resumen de pago

Descripción del comercio

Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales

Franquicia

SOI ACH

Estado de la transacción

Transacción exitosa

Fecha de la transacción

16 de diciembre de 2025 a las 8:12 a. m.

CUS

2012102811

Valor

$ 413.300,00

Celular asociado

7998558217

Tarjeta débito

Disponible

Listo

Imprimir

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					

TOTAL APORTES A PENSIÓN

| APORTANTE | | | | | | | | |


Nequi
Resumen de pago
Listo

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	[illegible]	MARIA CAMILA BARQUERO VILLAMIZAR		[illegible]	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Dependiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PLANILLA ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	APS
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION				TOTAL A PAGAR	
[illegible]	[illegible]	1	10/12/2025	82161535	$178.303	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorizacion	Valor	No. Autorizacion	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	8701035[illegible]	178.000	0		0		0	11	1.303	0	179.303	1

TOTALES PENSION												
Codigo AFP	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
23[illegible]	Porvenir	8302245[illegible]	227.[illegible]	0	0	0	0	11	1.[illegible]	0	228.[illegible]	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Codigo ARL	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotizacion	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Subtotal Cotizacion	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorizacion	Valor										
14-11	ARL SURA	8909[illegible]	7.500				7.500	11	103	7.603			70	7.673	1

TOTALES CAJAS							
Codigo CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	11	0	0	0
ICBF				
0	11	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Afiliados a este Reportadero	Valor antes de IGE, LMA, IBP y Mora	Total a Pagar
SENA	1	178.300	179.303
Pensión	1	227.000	228.603
Riesgos Laborales	1	7.500	7.603
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	412.800	415.509

Esta planilla integrada de autoliquidación de aportes fue generada por el sistema de Compensar y validada por el aportante.

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	
CC	1072723226	MARIA CAMILA BAQUERO VILLAMIZAR	[illegible]	3026709	[illegible]	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERA LEY 1607 PARAFISCALES Y SALUD
UNICA	1 - DEPENDIENTE			META	VILLAVICENCIO	N

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	I.P.C.
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
[illegible]	[illegible]	E	[illegible]	[illegible]	$219.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE									INFORMACION NOVEDADES																		PENSION							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Ret.	Tarifa	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Tipo cotizante	Subtipo cotizante	Extranjero no obligado a cotizar a pensión	Colombiano en el exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC - LR	AVP	VCT	IRP	[illegible]	[illegible]	Días cotizados	IBC $	Cotizacion	Valor UPC adicional	Valor total Aportes	Fondo pensiones destino	Fondo pensiones destino cuenta B	Días cotizados	IBC $	Cotizacion	Días cotizados VV (Salud)	Días cotizados	IBC $	Cotizacion	Tarifa %	Cotizacion	Días cotizados	IBC $	Tarifa %	Aporte $	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	AX	[illegible]	[illegible]	01	0																						30	$ 1.423.500	[illegible]	0	0	0	0	30	$ 1.423.500	[illegible]	30	30	$ 1.423.500	[illegible]	0,522%	[illegible]	30	$ 1.423.500	2%	$ 28.470	0	$ 21.353	$ 7.118	$ 7.118

Este documento es transmitido como [illegible] que parte de su contenido [illegible] de información

Pago exitoso

Número de autorización 741202

Martes, 16 de diciembre de 2025, 10:27:50 a. m.

Detalle

$416.300
Valor Pagado

IVA incluido:	$0
Pago a:	COMPENSAR-OI
Débito desde:	Cuenta de Ahorros *3886
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha y hora inicio transacción	2025-12-16 10:26:23
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	92383635
Código Único de Seguimiento	2012593704
Dirección IP:	190.0.246.109
Referencia 1:	
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1072720026

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			META	VILLAVICENCIO	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DD/MM/AAAA)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DD/MM/AAAA)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD IBC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	1	10/12/2025	[illegible]	$413.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorizacion	Valor	No. Autorizacion	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.600	0		0		0	0	0	0	178.600	1

TOTALES PENSION

Codigo AFP	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Proteccion	800229484-3	227.600	0	0	0	0	0	0		227.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Codigo ARL	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotizacion	Dias Mora	Valor Mora Cotizacion	Subtotal Cotizacion	N.C. Radicada S.F.a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorizacion	Valor										
14-11	ARL SURA	800251440-6	7.500				7.500	0	0	7.500			FE	7.500	1

TOTALES CAJAS

Codigo CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor aporte de ESE, LEA, FSP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.600	178.600
Pension	1	227.600	227.600
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.700	413.700

Esta Autoliquidación fue diligenciada directamente por parte de Compensar Operador de Información

Cancelado
CEC

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1072732025	DARIA CAMILA BOLAÑOS VILLAMIZAR	[illegible]	3000000	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
OTRA	[illegible]			META	VILLAVICENCIO	

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLEADOS	IBC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR		
2025-12	2025-12	1	16/12/2025	[illegible]	$413.000		

DETALLE POR COTIZANTE

| AFILIACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | |

Pago exitoso

Número de autorización 947202

Martes, 16 de diciembre de 2025, 10:29:55 a. m.

Detalle

$413.300
Valor Pagado

IVA incluido:	$0
Pago a:	COMPENSAR-OI
Débito desde:	Cuenta de Ahorros *3886
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha y hora inicio transacción	2025-12-16 10:28:50
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	92403554
Código Único de Seguimiento	2012606114
Dirección IP:	190.0.246.109
Referencia 1:	
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1072720026

ANEXO 12:

HOJAS DE VIDA

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ARIZA	DURAN	ANGIE VIVIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.007.294272	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	
FECHA	DIA 14 MES 05 AÑO 2002	CARRERA 47 NO. 43	
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS COLOMBIA	DEPTO META
DEPTO	META	MUNICIPIO VILLAVICENCIO	
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO	TELÉFONO 3134438091	EMAIL VIVIANAARIZA[illegible]

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TITULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO CON PROFUNDIZACION EN PEDAGOGIA
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO 05 DE DICIEMBRE DE 2019
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 05 AÑO 2019

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TECNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACION MES	TERMINACION AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10		X	ABOGADA	11	2024	L.T 43902

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB):

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CORPORACION AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	corpoayudandoavivir4@gmail.com

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
313 293 7853	DÍA 18 MES 06 AÑO 2023	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION
Coordinador de Programas para la Discapacidad y Gestión del Talento.	Área de Desarrollo Humano y Participación Social	VDA VANGUARDIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SYPELC-ELECTRIFICADORA DEL META		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	sypelc@sypelc.com

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
323 574 6976	DÍA 16 MES 11 AÑO 2022	DÍA 17 MES 06 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION
ASISTENTE JURIDICA	FROM-PQRS	OAC-CENTRO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	AVIVIR2008@HOTMAIL.COM

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DÍA 01 MES 02 AÑO 2022	DÍA 02 MES 02 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION
DOCENTE	DISCAPACIDAD	FINCA VILLA LUNA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI (X) NO ( ) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha _____

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS _____

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.007.294.272
ARIZA DURAN

APELLIDOS
ANGIE VIVIANA

NOMBRES
Angie Ariza

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 14-MAY-2002
SAN JOSE DEL GUAVIARE
(GUAVIARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.49 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

11-JUN-2020 GRANADA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO VEGA PEREZ



A-0100100-00114802-F-1007294272-20200703 0071108181A 1 2020703

REPUBLICA DE COLOMBIA

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
UNIDAD DE REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS
Y AUXILIARES DE LA JUSTICIA

LICENCIA TEMPORAL



NOMBRES	ANGIE VIVIANA
APELLIDOS	ARIZA DURAN
CEDULA	1.067.254.272
UNIVERSIDAD	SANTO TOMAS V CIO

10-09-2025	30-11-2024	ANDRES CONRADO PARRA RIOS
FECHA DE EXPEDICION	FECHA DE TERMINACION ESTUDIOS	Director

EL DIRECTOR DE LA UNIDAD DE REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS Y AUXILIARES DE LA JUSTICIA DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

CERTIFICA

Que de conformidad con las normas vigentes, le corresponde al Consejo Superior de la Judicatura expedir la correspondiente licencia temporal y su duplicado, previa verificación del cumplimiento de los requisitos. Además, le corresponde llevar el registro de sanciones disciplinarias impuestas en el ejercicio de la profesión de abogado, así como de las penas accesorias y demás novedades.

Una vez revisados los registros que contienen la base de datos de esta Unidad, se constato que el(la) señor(a) **ANGIE VIVIANA ARIZA DURAN** , quien se identifica con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1007294272**, registra la siguiente información:

VIGENCIA

CALIDAD	N.° DE LICENCIA TEMPORAL	FECHA DE EXPEDICIÓN	ESTADO	FECHA DE VENCIMIENTO*
EGRESADO(A)•	43502	10/09/2025	VIGENTE	30/11/2026

OBSERVACIONES:
NO REGISTRA

DOMICILIO PROFESIONAL

DEPARTAMENTO, CIUDAD	DIRECCIÓN OFICINA	TELEFONO OFICINA	CORREO ELECTRÓNICO
META - NO REGISTRA	SECTOR CLUB DE TENNIS FINCA VILLA LUNA VDA VANGUAD	Tel1:3104012549 Tel2:3104012549	VIVIANA.ARIZA.1405@OUTLOOK.COM

Se expide la presente certificación a los 23 días del mes de septiembre de 2025.

*Esta licencia temporal tiene una validez de dos (2) años a partir de la fecha de terminación de estos, o hasta la obtención del título de abogado, lo que ocurra primero.

https://www.ramajudicial.gov.co
Carrera 8 No. 12B - 82 Piso 4 Bogotá
(601) 381 7300 Ext. 7517 - 7519
registrodeabogados@ramajudicial.gov.co
notificacionesrnaa@ramajudicial.gov.co

www.ramajudicial.gov.co
@JudicaturaCSJ
Consejo Superior de la Judicatura
Consejosuperiordelajudicatura
Rama Judicial - Consejo Superior de la Judicatura
Administrando Justicia Podcast
Consejo Superior de la Judicatura

Firmado Por:

Andrés Conrado Parra Ríos

Director Unidad

Unidad Del Registro Nacional De Abogados Y Auxiliares De La Justicia

Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: 92ca80345660b2f9471e94bab6634707422fb6062aa86cc20136448e760ad545

Documento generado en 23/09/2025 03:01:33 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
VILLAVICENCIO
VIGILADA MINEDUCACIÓN - SNIES 9143

05-0127863

LA DIRECTOR (A) DE LA OFICINA DE REGISTRO Y CONTROL DE LA SECCIONAL VILLAVICENCIO DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS, RECONOCIDA POR LOS DECRETOS 1772 DEL 11 DE JULIO DE 1966 Y DEL 11 DE AGOSTO DE 1975

CERTIFICA:

QUE **ANGIE VIVIANA ARIZA DURAN,** IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANÍA No. 1007294272 DE GRANADA, CURSO Y APROBÓ TODAS LAS ASIGNATURAS TEÓRICAS Y PRÁCTICAS DEL PLAN DE ESTUDIOS CORRESPONDIENTE A LOS DIEZ (10) SEMESTRES DEL PROGRAMA DE **DERECHO**

EL ESTUDIANTE CULMINO SUS ESTUDIOS EL 2024-11-30.

EXPEDIDO EN VILLAVICENCIO A LOS VEINTITRÉS (23) DIAS DEL MES DE JULIO DE 2025.

CHRIS KATHERINE DIAZ TRUJILLO
DIRECTOR (A)

https://sia.usta.edu.co/ipscampus-servlet/core?logout=8742a4e36a6e2d4b5b33bb928d9e2.com
Consulta original

Este certificado fue expedido a través de un sistema web, cuenta con el aval del Departamento de Registro y Control y de la Secretaría General, tiene la validez de los certificados emitidos por la Universidad Santo Tomás en los términos de la Ley 527 de 1999 y el Decreto 2364 de 2012, por lo que podrá consultar el original mediante el código QR que contiene el presente documento.

USTAVILLAVICENCIO.EDU.CO
santotovillavo

ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL MULTICAMPUS

NIT: 860 012 257-6
VILLAVICENCIO
Campus Aguas Claras - Carrera 22 con Calle 1a - Vía Puerto López
PBX: (608) 678 82 80 / comunicaciones@ustavillavicencio.edu.co

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
VILLAVICENCIO

LA VICERRECTORÍA ACADÉMICA Y LA FACULTAD DE DERECHO

Certifican que:

ARIZA DURAN ANGIE VIVIANA

Quien se identifica con Nº de documento:

1.007.294.272

Participó y aprobó el curso denominado

CURSO EN DERECHO DIGITAL, NEURO DERECHOS, INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y CIBERSEGURIDAD

EL CUAL SE DESARROLLÓ DESDE EL 28 DE MARZO HASTA EL 24 DE MAYO DE 2025.

CON UNA INTENSIDAD DE 96 HORAS.

SE ENTREGA A LOS 25 DÍAS DE JULIO DEL 2025.

VILLAVICENCIO – META

Fray Adrián Mauricio García Peñaranda O.P.
Vicerrector Académico

Rodrigo Cortés Borrero
Decano de la Facultad de Derecho

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

Certificado de calidad NTC 6072 No. 30.454-1 avalado por CEI AC de acuerdo a certificación 18-cpr-002 emitida por ONAC
Resolución N° 8085 del 15 de agosto de 2022 Secretaría de Salud del Meta
Ubicado en kilómetro 3 Sendero Ecológico Vía Amarilo, Villavicencio - Meta

ANGIE VIVIANA ARIZA

Cédula de Ciudadanía N° 1.007.294.272

BRIGADA INTEGRAL

Realizado en Villavicencio, del (23) de enero de 2024 al (27) de enero de 2024
Con una intensidad de (24) horas
En testimonio de lo anterior, se firma en Villavicencio a los (27) días del mes de enero de 2024

LUZ ELENA DIAZ BARRERA
C.C. 35.233.293
Representante Legal

GUILLERMO MAURICIO ANZOLA CIPAMOCHA
Entrenador Alturas
7952180

REPÚBLICA DE COLOMBIA

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA

ANGIE VIVIANA ARIZA DURAN

Con Documento de Identidad No. 1001291272

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN GESTIÓN DEL RIESGO ORGANIZACIONAL

[illegible]

[illegible]

Fundación Grupo Educativo Universitario Santa María

"UNISANTAMARIA"

CERTIFICA QUE:

ANGIE VIVIANA ARIZA DURAN

CON C.C.: 1007284252

REALIZÓ EL DIPLOMADO:

EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN EN SEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL, SEGURIDAD INDUSTRIAL, MEDIO AMBIENTE, PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD VIAL (PESV), RESPONSABILIDAD SOCIAL, GESTIÓN DE CALIDAD Y AUDITORIAS "HSEQ"; ISO 9001/ ISO 14001/ ISO 27001/ ISO 35001/ ISO 45001/.

Dado en Villavicencio los Noventa días del mes de octubre de 2024 Registrado en el Folio Original 18 del Libro de actas No 23 de la institución

La Universidad Santo Tomás, Sede Villavicencio

Certifica que:

Angie Viviana Ariza Duran

Identificado con C.C. 1007294272

Participó como asistente en el VI Congreso Internacional de Derecho que se llevó a cabo el 10 y 11 de noviembre de 2022, organizado por la Facultad de Derecho con una duración de 16 horas.

La constancia se firma en Villavicencio, Meta a los 11 días del mes de noviembre de 2022.

Rodrigo Cortes Borrero
Decano Facultad de Derecho

Universidad Santo Tomás, Sede Villavicencio

Certifica que:

Angie Viviana Ariza Duran

Identificado con C.C. 1007294272

Participó y aprobó el Diplomado en Conciliación en Derecho que se llevó a cabo del 02 de septiembre al 22 de octubre del 2022, con una duración de 120 horas

En constancia se firma en Villavicencio, Meta a los 6 días del mes de diciembre de 2022

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre la

Institución Educativa

Escuela Normal Superior María Auxiliadora

Granada-Meta

Autorizado por la Secretaría de Educación del Departamento del Meta, según Resolución No. 9435 del 6 de octubre de 2009

Confiere a:

Angie Viviana Ariza Duran

T.I. 1007204372 de Granada-Meta

El Título de

Bachiller Académico

Con Profundización en Pedagogía

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media. (Artículo 28 Ley 115 de 1994)

Según los planes y programas vigentes

Rectora

Secretaria

Refrendado el folio 2a del Libro para Control Interno de Diplomas No. 42

Dado en Granada-Meta, a los 5 días del mes de diciembre de 2015

Se expiden Duplicados de la Secretaría de Educación según Decreto 1290 de 2009

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESCUELA NORMAL SUPERIOR MARÍA AUXILIADORA

CALLE 23 No. 13-48
TELÉFONO: 658 8083
GRANADA-META

Inscripción S.E. FOE 23033 Inscripción Dane 150313000330

En la ciudad de Granada - Meta, a los cinco (5) días del mes de diciembre de 2019, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESCUELA NORMAL SUPERIOR MARÍA AUXILIADORA**, Institución con reconocimiento oficial de estudios en el nivel de Educación Media y autorizada por la Secretaría de Educación del Departamento del Meta, para otorgar el Título de **BACHILLER ACADÉMICO CON PROFUNDIZACIÓN EN PEDAGOGÍA**; según Resolución Nº 3435 del 6 de octubre de 2009.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el título de **BACHILLER ACADÉMICO CON PROFUNDIZACIÓN EN PEDAGOGÍA**; al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Angie Viviana Ariza Duran
T.I. 1007294272 de Granada-Meta

Es fiel copia tomada del Acta Original General Nº 48 del 5 de diciembre de 2019, consta de 107 estudiantes comienza con el nombre de Aguilera Tejada Laura Natalya y termina con el nombre de Zarate Gómez Valentin. Firmada por **SOR MIRYAN SANCHEZ MANGUEZ** (Rectora) y **HORTENCIA RODRÍGUEZ CARDENAS** (Secretaria).

Dada en Granada - Meta, a los cinco (5) días del mes de diciembre de 2019.

No requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de diciembre de 1995 de la Presidencia de la República.

SOR MIRYAN SANCHEZ MANGUEZ
C.C. 30.002.759 de Granada (Meta)
Rectora

HORTENCIA RODRÍGUEZ CÁRDENAS
C.C. 40.362.635 de Granada (Meta)
Secretaria

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR

Con Esperanza, Amor y Trabajo

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
NIT 900.963.678-1

CERTIFICA QUE

La Dra. ANGIE VIVIANA ARIZA DURAN, identificada con cedula de ciudadania No. 1.007.294.272 de Granada-Meta, presta sus servicios como COORDINADORA DE PROGRAMAS PARA LA DISCAPACIDAD Y GESTION DEL TALENTO, con niños, niñas, adolescente, jóvenes y adultos con discapacidad cognitiva desde el 18 de junio de 2023 hasta la fecha con las siguientes funciones:

- Planificar, coordinar y supervisar la ejecución de programas y proyectos dirigidos a la atención, inclusión y desarrollo integral de personas con discapacidad cognitiva, garantizando el cumplimiento de objetivos institucionales.
- Dirigir y gestionar el talento humano, incluyendo la selección, contratación, asignación de tareas, evaluación de desempeño y acompañamiento del personal vinculado a los programas.
- Administrar recursos y procesos operativos, asegurando el uso eficiente de materiales, presupuesto y herramientas necesarias para la correcta implementación de las actividades.
- Representar y articular la institución ante entidades gubernamentales, gestionar la contratación estatal, manejo de licitaciones, organizaciones sociales y aliados estratégicos, promoviendo el buen desarrollo de convenios, capacitaciones y participación comunitaria.
- Liderar el seguimiento, control y reporte de resultados e indicadores de impacto de los programas, adoptando medidas correctivas y de mejora continua.

La presente se expide a los veintitrés días del mes de septiembre del 2025 a solicitud de la interesada para fines pertinentes

Cordialmente,

ANDRES FELIPE RAMIREZ G
REPRESENTANTE LEGAL

Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 310 401 25 49 – 313 2937853
corpoayudandoavivir4@gmail.com

SUMINISTROS Y PROYECTOS ELÉCTRICOS

NIT. 900.524.524-1

TH23131

EL GERENTE GENERAL

C E R T I F I C A:

Que el señor(a) **ARIZA DURAN ANGIE VIVIANA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. ***1007294272***, laboró para nuestra empresa desde el día 16 de noviembre de 2022 hasta el día 17 de junio de 2023, en el cargo de **ASISTENTE ADMINISTRATIVA,** para el contrato 4500008585 "*SERVICIO DE ADMINISTRACION COMERCIAL EN LAS ZONAS DE INFLUENCIA DE LOS MUNICIPIOS DE SAN JUAN DE ARAMA, PUERTO GAITÁN, PUERTO LÓPEZ, RESTREPO Y VILLAVICENCIO*" suscrito entre SYPELC SAS y la Electrificadora del meta EMSA S.A. E.S.P.

La anterior certificación se expide a los diez (10) días del mes de julio de 2023, a solicitud del interesado.

Cordialmente,

Álvaro Pérez Martínez
Gerente General

Villavicencio Calle 26 A No. 34-34 Barrio Nuevo Maizaro
Teléfono: 3235742976 Email:

AYUDANDO A VIVIR EAT

Descubre la grandeza depositada en el corazón de un niño

AYUDANDO A VIVIR E.A.T.

CERTIFICA QUE:

La señorita Angie Viviana Ariza Durán, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.007.294.272 de Granada – Meta, prestó sus servicios como docente para la población con discapacidad física y cognitiva, desde el 01 de febrero de 2022 al 02 de febrero de 2023.

La presente se expide a solicitud de la interesas a los cinco (05) días del mes de marzo de 2023.

Cordialmente,

KAREN DANIELA NARANJO
Auxiliar administrativo

Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 321 410 4716

avivir2008@hotmail.com

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 281188160

PIB
09:18:28
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 25 de septiembre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANGIE VIVIANA ARIZA DURAN identificado(a) con Cédula de ciudadanía numero 1007294272:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se derivan de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S). SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 25 de septiembre de 2025, a las 09:19:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1007294272
Código de Verificación	1007294272250925091915

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:19:47 AM horas del 25/09/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1007294272**

Apellidos y Nombres: **ARIZA DURAN ANGIE VIVIANA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 Barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención Admisiones: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 29552 (Bogotá)
Recibo del pago: 018000 9 10 172
E-mail: dijin.usuario@policia.gov.co

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:15:41 horas del 29/10/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1007294272**, Apellidos y Nombres **ARIZA DURAN ANGIE VIVIANA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CORPORACION AYUDANDO A VIVIR**, con NIT **900963678-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad vectora frente al tratamiento de datos.

http://inhabilidades.policia.gov.co/600/consulta

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1007294272 NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 29/10/2025 10:14 AM

Codigo Verificacion: TEZZD1LTJG

Válido hasta: 27/01/2026

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 29/10/2025 02:57:50 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1007294272** y Nombre: **ANGIE VIVIANA ARIZA DURAN.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **125734542** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Villavicencio, 28 de octubre de 2025

SEÑORES
CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
VILLAVICENCIO

Asunto: Carta de Compromiso y Disponibilidad

Respetados Señores:

Yo, ANGIE VIVIANA ARIZA DURAN, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.007,294,272 de Granada-Meta., manifiesto mi COMPROMISO Y DISPONIBILIDAD para desempeñarme en el cargo de COORDINADORA Y ASISTENTE TECNICO para la CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO en el evento de ser adjudicado contrato con la Gobernación del Departamento del Meta.

Lo anterior la expido como requisito de la Convocatoria Entidades Privadas sin Ánimo de Lucro Régimen Especial No. GCSJ-RE-2256-2025.

Cordialmente,

ANGIE VIVIANA ARIZA DURAN
C.C. 1.007.294.272de Granada-Meta
Cel 313 443 8091

Villavicencio, 28 de octubre de 2025

Señores
CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
VILLAVICENCIO

ASUNTO: AUTORIZACION

Respetados Señores:

Yo ANGIE VIVIANA ARIZA DURAN, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.007,294,272 de Granada-Meta, por medio de la presente doy mi AUTORIZACION a la CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO y a la GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO DEL META para que realice la consulta de inhabilidades Delitos Sexuales cometidos contra memores de 18 años Ley 1918 de 2018, expedido por la Policía Nacional, con el fin de ser aportado a la Convocatoria Entidades Privadas sin ánimo de lucro Régimen Especial No. GCSJ-RE-2256-2025..

Cordialmente,



ANGIE VIVIANA ARIZA DURAN
C.C. 1.007.294.272de Granada-Meta
Cel 313 443 8091

Bogotá, Diciembre / 10 de 2025

Señor (a): ANGIE VIVIANA ARIZA DURAN
CC. 1007294272
CR 47 43 A 04
VILLAVICENCIO

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Mayo / 1 de 2023, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANGIE VIVIANA ARIZA DURAN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1007294272**, se encuentra afiliado/a desde **25/11/2022** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 10 de diciembre de 2025.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Medellín, 28 de noviembre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que ANGIE VIVIANA ARIZA DURAN identificado(a) con C1007294272 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10072942722533266000

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CANTOR	BELTRAN	ANA GRACIELA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 41.763.225

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( )

PAIS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 14 MES 11 AÑO 1985

PAIS COLOMBIA

DEPTO BOGOTA

MUNICIPIO BOGOTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CLL 16 NO. 37 A -08

PAIS COLOMBIA DEPTO META

MUNICIPIO VILLAVICENCIO

TELEFONO 3203711542 EMAIL

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ULTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BASICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TITULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 07 AÑO 2010
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO. EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (S) ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACION MES	TERMINACION AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACION DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	CONTRATACION@AVIVIR.CO

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DIA 0 1 MES 0 2 AÑO 2 0 2 5	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION
MANIPULADORA DE ALIMENTOS		VDA VANGUARDIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	CONTRATACION@AVIVIR.CO

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DIA 0 1 MES 0 2 AÑO 2 0 2 4	DIA 3 1 MES 1 2 AÑO 2 0 2 4

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION
MANIUPLADORA DE ALIMENTOS		VDA VANRGUARDIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	AVIVIR2008@HOTMAIL.COM

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3104012549	DIA 0 1 MES 0 2 AÑO 2 0 2 3	DIA 3 0 MES 1 2 AÑO 2 0 2 3

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION
MANIPULADORA DE ALIMENTOS		VDA VANGUARDIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	AVIVIR2008@HOTMAIL.COM

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DIA 0 1 MES 0 2 AÑO 2 0 2 2	DIA 3 0 MES 1 2 AÑO 2 0 2 2

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION
MANIPULADORA DE ALIMENTOS		VDA VANGUARDIA

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	CONTRATACION@AVIVIR.CO

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DÍA 12 MES 08 AÑO 2021	DÍA 30 MES 12 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MANIPULADORA DE ALIMETNOS		VDA VANGUARDIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	CONTRATACION@AVIVIR.CO

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DÍA 09 MES 01 AÑO 2021	DÍA 30 MES 12 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MANIUPLADORA DE ALIMENTOS		VDA VANGUARDIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	CONTRATACION@AVIVIR.CO

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DÍA 02 MES 01 AÑO 2019	DÍA 30 MES 12 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
MANIPULADORA DE ALIMENTOS		VDA VANGUARDIA

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	AVIVIR2008@HOTMAIL.COM

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DÍA 0 2 MES 0 1 AÑO 2 0 1 8	DÍA 3 0 MES 1 2 AÑO 2 0 1 8

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION
MANIPULADORA DE ALIMENTOS		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	AVIVIR2008@HOTMAIL.COM

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DÍA 0 1 MES 0 2 AÑO 2 0 1 7	DÍA 3 0 MES 1 1 AÑO 2 0 1 7

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION
MANIPULADOR DE ALIMENTOS		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	AVIVIR2008@HOTMAIL.COM

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DÍA 0 1 MES 0 2 AÑO 2 0 1 6	DÍA 3 0 MES 1 1 AÑO 2 0 1 6

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAIS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	CONTRATACION@AVIVIR.CO

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DIA 01 MES 02 AÑO 2015	DIA 30 MES 11 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION
MANIPULADORA DE ALIMENTOS		VDA VANGUARDIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	CONTRATACION@AVIVIR.CO

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DIA 07 MES 01 AÑO 2014	DIA 30 MES 12 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION
MANIPULADORA DE ALIMENTOS		VDA VANGUARDIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	CONTRATACION@AVIVIR.CO

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DIA 01 MES 02 AÑO 2013	DIA 30 MES 12 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION
MANIULAODRA DE ALIMENTOS		VDA VANGUARDIA

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PUBLICA*	*PRIVADA*	*PAIS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRONICO ENTIDAD*

TELEFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCION*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PUBLICA*	*PRIVADA*	*PAIS*
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRONICO ENTIDAD*
META	VILLAVICENCIO	AVIVIR2008@HOTMAIL.COM

TELEFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
310 401 2549	DIA 0 2 MES 0 1 AÑO 2 0 1 2	DIA 3 0 MES 1 2 AÑO 2 0 1 2

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCION*
MANIPULADORA DE ALIMENTOS		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PUBLICA*	*PRIVADA*	*PAIS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELEFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PUBLICA*	*PRIVADA*	*PAIS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRONICO ENTIDAD*

TELEFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	12	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	12	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) NO ( ) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Villavicencio 26 de septiembre de 2025

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



ANA GRACIELA



VILLAVICENCIO

1.54 B+

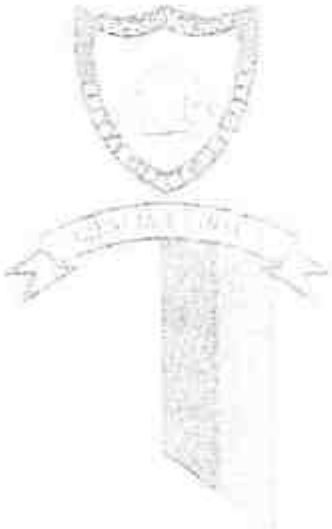


CONFIERE A:

Ana Graciela Cantor Beltrán

EL TÍTULO DE

Bachiller Académico



Colegio Liceo Bolívar

"EDUCAR PARA MEJORAR"
NIT: 800175.899-7
S.E. 50PO860 – DANE: 350001002990
CODIGO ICFES: 092262

ACTA DE GRADO

En la Ciudad de Villavicencio, a los cuatro (4) días del mes de Julio del año 2010, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado, la suscrita Rectora y el Secretario, en la Rectoría del COLEGIO LICEO BOLÍVAR de Villavicencio, institución aprobada por Resolución 0786 del 5 de Octubre del 1998, Educación formal para adultos, Bachillerato semipresencial, para los Grados 6°,7°,8° y 9° ciclo de Secundaria del Nivel de Educación Básica y 10° y 11° del nivel de educación Media Académica y Resolución 1586 del 30 de Octubre de 2001, para los Grados 6°,7°,8°, y 9°, ciclo de Secundaria del Nivel de Educación Básica, y 10°, y 11° del nivel de Educación Media Académica y Media Técnica Comercial, jornada presencial emanadas de la secretaría de Educación.

CLAUSURADO MEDIANTE RESOLUCION No 1590 – 86.03 No 696 DE 2010 Y BAJO DISPOSICION DE LA SECRETARIA DE EDUCACION DE VILLAVICENCIO, COLOCO LOS ARCHIVOS DE LOS LIBROS REGLAMENTARIOS AL COLEGIO LICEO DEL ROSARIO DE VILLAVICENCIO; MEDIANTE RESOLUCION No 1590 – 86.03 – NO 697 DE 2010 PARA SU ADMINISTRACION.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación media académica, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO a los graduandos cuyos apellidos, nombres y número de documento se relacionan a continuación:

Apellidos y Nombres: CANTOR BOLIVAR ANA GRACIELA
C.C. 41.769.125 Expedida en BOGOTA D.C.

Es del resto tomada del acta original número Sesenta (60), de fecha Cuatro (4) de Julio de 2010, que inicia con el nombre de ALMANZA VILLALOBOS MARIA DEL ROSARIO y finaliza con el nombre de ZAPATA ALVARADO DEIBO ALEXANDER.

Firmada y Sellada por MARTHA CECILIA FERNANDEZ TAVERA (Rectora) y ALVARO ALBERTO FERNÁNDEZ TAVERA (Secretario) DEL COLEGIO LICEO DEL ROSARIO DE VILLAVICENCIO.

Villavicencio, Nueve (9) de Marzo de 2010. (DUPLICADO)

RECTORA

COLEGIO LICEO DEL ROSARIO
SECRETARIA
VILLAVICENCIO

AYUDANDO A VIVIR EAT

Nacimos a promover la igualdad desde el corazón de un niño

AYUDANDO A VIVIR E.A.T
NIT 822.005.547-1

CERTIFICA QUE:

La señora ANA GRACIELA CANTOR BELTRAN, identificada con cedula de ciudadanía No 41.763.325 de BOGOTA, presto sus servicios como manipuladora de alimentos con niños niñas, adolescente, jóvenes y adultos con discapacidad cognitiva en las siguientes fechas:

- Contrato de prestación de servicios del 01 de febrero al 30 de diciembre de 2023
- Contrato de prestacion de servicios del 01 de febrero al 31 de diciembre de 2024
- Contrato de prestación de servicios del 01 de febrero de 2024 hasta la fecha

La presente se expide a los treinta y un días del mes de diciembre del 2024 a solicitud de la interesada para fines pertinentes.

Cordialmente,

Angie Viviana Ariza Duran
Coordinador de Programas para la Discapacidad y Gestión del Talento.



AYUDANDO A VIVIR S.A.T.

AYUDANDO A VIVIR S.A.T.
NIT: [illegible]

CERTIFICA QUE:

La entidad [illegible] con [illegible] de [illegible] de [illegible] de

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 281327933

PIB
15:20:16
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 26 de septiembre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANA GRACIELA CANTOR BELTRAN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 41763225:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S). SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 26 de septiembre de 2025, a las 15:21:08, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	41763225
Código de Verificación	41763225250926152108

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 03:21:56 PM horas del 26/09/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **41763225**
Apellidos y Nombres: **CANTOR BELTRAN ANA GRACIELA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes (8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm)
Línea de atención al ciudadano: 5159000 ext. 20562 (Bogotá)
Línea gratuita: 018000 910 112
E-mail: dijin.atencion-ciudadano@policia.gov.co

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:04:32 horas del 29/10/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **41763225,** Apellidos y Nombres **CANTOR BELTRAN ANA GRACIELA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA MAOR Y** , con NIT **900963678-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 18/07/2018 *por medio de la cual se establecen* el registro de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"* con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad vigente frente al tratamiento de datos.

https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 29/10/2025 03:14:30 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **41763225** y Nombre: **ANA GRACIELA CANTOR BELTRAN.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **125736578** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Certifica que el paciente se encuentra apto para manipular alimentos, no tiene ninguna patología infecto contagiosa, se encuentra sano sin ninguna restricción.

04 02 25

Firma Médico Especialista
Dr. Hernan Medina C.
Especialista Salud Ocupacional

101302 - 25

Hace constar que:

ANA GRACIELA CANTOR BELTRAN

con documento de identidad N°

C.C 41763225

El contenido de este curso se dictó dentro de la capacitación

HIGIENE Y MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Firma Capacitador

JAIBER PRADA
301 302 2047
314 897 9348

101302 - 25

JAIBER YOBANY PRADA RUIZ
CC No. 1.121.819.160 de Villavicencio
Magister en Inocuidad Agroalimentaria
Capacitador en Manipulación de Alimentos

CERTIFICA

Que ANA GRACIELA CANTOR BELTRAN , identificado(a) con C.C No. 41753225.
Realizó la capacitación en:
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS Y BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA,
el día 4 de febrero de 2025, con una intensidad de 5 horas.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado(a), el día 4 de febrero de 2025

JAIBER YOBANY PRADA RUIZ
CC No. 1.121.819.160 de Villavicencio
Magister en Inocuidad Agroalimentaria
Capacitador en Manipulación de Alimentos

Villavicencio, 28 de octubre de 2025

SEÑORES
CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
VILLAVICENCIO

Asunto: Carta de Compromiso y Disponibilidad

Respetados Señores:

Yo. ANA GRACIELA CANTOR BELTRAN, identificada con cedula de ciudadanía No. 41.763.225 de Bogotá D.C, manifiesto mi COMPROMISO Y DISPONIBILIDAD para desempeñarme en el cargo de MANIPULADORA DE ALIMENTOS para la CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO en el evento de ser adjudicado contrato con la Gobernación del Departamento del Meta.

Lo anterior la expido como requisito de la Convocatoria Entidades Privadas sin Ánimo de Lucro Régimen Especial No. GCSJ-RE-2256-2025.

Cordialmente,

Ana Graciela Cantor

ANA GRACIELA CANTOR BELTRAN
C.C.41.763.225 de Bogotá D.C.
Cel 3115901175

Villavicencio, 28 de octubre de 2025

Señores
CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
VILLAVICENCIO

ASUNTO: AUTORIZACION

Respetados Señores:

Yo ANA GRACIELA CANTOR BELTRAN, identificada con cedula de ciudadanía No. 41.763.225 de Bogotá D.C, por medio de la presente doy mi AUTORIZACION a la CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO y a la GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO DEL META para que realice la consulta de inhabilidades Delitos Sexuales cometidos contra memores de 18 años Ley 1918 de 2018, expedido por la Policía Nacional, con el fin de ser aportado a la Convocatoria Entidades Privadas sin ánimo de lucro Régimen Especial No. GCSJ-RE-2256-2025

Cordialmente,

Ana Graciela Cantor

ANA GRACIELA CANTOR BELTRAN
C.C.41.763.225 de Bogotá D.C.
Cel 320 371 1542

Medellín, 12 de diciembre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que ANA GRACIELA CANTOR BELTRAN identificado(a) con C41763225 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C417632252534629027

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.13

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que Ana Graciela Cantor Beltran, identificado(a) con CC numero 41763225, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 41763225
NOMBRES Y APELLIDOS	Ana Graciela Cantor Beltran
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	05/05/1958
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	17/03/2022
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	17/03/2022
NIVEL SISBEN	2
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 41763225 ANA GRACIELA CANTOR BELTRAN Desde 01/07/2022 - Vigente

Generado por interfaces 12/12/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
RUIZ	RUBIANO	EMMA STELLA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAIS
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 41.7.84.181 Bogotá	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )	

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DIA 0 8 MES 0 4 AÑO 1 9 6 0	Calle 5 # 24-78 La Alborada
PAÍS Colombia	PAIS Colombia DEPTO Meta
DEPTO Cundinamarca	MUNICIPIO Villavicencio
MUNICIPIO Bogotá	TELÉFONO 3105952530 EMAIL stella.ruiz@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUN ARIA		MEDIA			FECHA DE GRADO
1o	2o	3o	4o	5o	6o	7o	8o	9o	10	X MES 1 2 AÑO 1 9 7 8

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO, EN MODALIDAD ACADEMICA ESCRIBA:

TC (TECNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACION), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADEMICA	No SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACION MES	TERMINACION AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		PROFESIONAL EN PSICOLOGIA			

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

INGLES	X		X		X

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Ayudando a Vivir		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	[illegible]

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3133708841	DÍA 01 MES 02 AÑO 2019	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Psicologa	Habilitacion-Rehabilitacion	Vereda Vanguardia

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Vihonce IPS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	Director.villavicencio@[illegible].com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 09 MES 01 AÑO 2010	DÍA 30 MES 04 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Psicologa	Psicologia	Barzal

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	34	10
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI (X) NO ( ) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PUBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACION PUBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Villavicencio, Meta, 26 de enero del 2021

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACION AQUI SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.784.181**

RUIZ RUBIANO

APELLIDOS

EMMA STELLA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-ABR-1960**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

14-JUN-1978 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-2200100-00281169-F-0041784181-20110216 0025830015A 1 35570899

La República de Colombia

La Universidad Santo Tomás

habiendo cumplido satisfactoriamente con el Ministerio de Educación Nacional lo ordenado por el Decreto Ejecutivo No. 1212 del 11 de Julio de 1968,

Confiere en virtud de:

Tamara Stella Ruiz Rubiano

cursó y aprobó todas las asignaturas programadas por la Universidad y cumplió con todos los requisitos legales y reglamentarios le confiere el Título de:

Psicólogo

En constancia de lo anterior, se firma y sella este Diploma en Bogotá, D.E., a los 17 días del mes de Junio de 1982

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA

EL PRO-SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMAS, APROBADA POR DECRETO EJECUTIVO NUMERO 1774 DEL 11 DE JULIO DE 1946,

C E R T I F I C A :

QUE DORA ESTRELLA RUIZ RUEDA * * * * * * * * * * * * * , CON C.C. NRO. ****41.734.151 DE BOGOTA* * * * *, CURSO Y APROBO LAS MATERIAS TEORICAS Y PRACTICAS, CORRESPONDIENTES AL PENSUM VIGENTE EN LA FACULTAD DE * * P S I C O L O G I A * * DE ESTA UNIVERSIDAD.

TERMINO SUS ESTUDIOS EN EL PRIMER PERIODO ACADEMICO DE 1985 Y ACTUALMENTE ESTA CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS REGLAMENTARIOS PARA OPTAR AL TITULO DE * P S I C O L O G O *.

EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA, D.E. A LOS 28 DIAS DEL MES DE ABRIL DE 1986.

JOAQUIN CARVAJAL ARIAS, O.P.
PRO-SECRETARIO GENERAL

NOHEMY ALMEIDA DE BERMUDEZ
SECRETARIO DE DIVISION

CERTINGENIERIA

NIT: 901766812-1

CERTIFICA QUE

IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 41784181

Asistió al Curso de:

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS 28 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2023. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LORENA BONILLA
GERENTE

CERTINGENIERIA

LORENA BONILLA
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

[illegible]

CERTINGENIERIA

NIT: 901766812-1

CERTIFICA QUE

IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 41784181

Asistió al Curso de:

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS 28 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LORENA BONILLA
GERENTE

CERTINGENIERIA

LORENA BONILLA
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

[illegible] DE 1948 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MODALIDAD DE EDUCACIÓN NACIONAL RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 EN CAMPO DE CONOCIMIENTO DE [illegible] PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

CERTINGENIERIA

NIT: 901766812-1

CERTIFICA QUE

IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 41784181

Asistió al Curso de:

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS 28 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACION INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LORENA BONILLA
GERENTE

LORENA BONILLA
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACION DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACION DE LA MISMA

[illegible]

CERTINGENIERIA

NIT: 901766812-1

CERTIFICA QUE

IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 41784181

Asistió al Curso de:

Con una intensidad horaria de 45 Horas

EN EL CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS 28 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LORENA BONILLA
GERENTE

CERTINGENIERIA

LORENA BONILLA
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACION DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACION DE LA MISMA

[illegible] PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL [illegible] DE EDUCACIÓN NACIONAL [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

CERTINGENIERIA

NIT: 901766812-1

CERTIFICA QUE

IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 41784181

Asistió al Curso de:

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS 28 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACION INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

LORENA BONILLA
GERENTE

LORENA BONILLA
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACION DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACION DE LA MISMA

[illegible] PARA LA FORMACION [illegible] NACIONAL [illegible] DE 2015 EN CUANTO AL NUMERO DE HORAS CORRESPONDIENTE PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

NIT 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Emma Stella Ruiz Rubiano

c.c. 41784181 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso Seguridad Clínica del Paciente y Calidad Asistencial con un total de 100 Horas.

Fecha de emisión: 2022-03-15
Fecha de vencimiento: 2024-03-15

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

NIT 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Emma Stella Ruiz Rubiano

c.c. 41784181 de Bogotá D.C

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2022-03-13
Fecha de vencimiento: 2024-03-13

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

CONSULTORES
HSEQ OR'S

CERTIFICADO

EMMA STELLA RUIZ RUBIANO

CURSO DE BRIGADAS BÁSICO

Instructor

HSEQ000041

REGIONAL TOLIMA

EL CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION

CERTIFICA

Que EMMA STELLA RUIZ RUBIANO identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 41784181 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD Y REGISTRO PARA LOCALIZACION Y CARACTERIZACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Ibagué, a los dieciseis (16) días del mes de octubre de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por

JORGE ENRIQUE MONTEALEGRE HERNANDEZ
Subdirector CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION
REGIONAL TOLIMA

CASECON SAS

Gestión Integral

Licencia 151 97 83 del 15 de Marzo de 2017

CERTIFICA A:

Emma Stella Ruiz Rubiano

EN MANEJO Y USO DE EXTINORES

Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 41.784.181

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villavicencio (Meta), a los Dos (02) días del mes de Septiembre de 2019 con una intensidad de Ocho (08) Horas Teórico - Practicas

JESUS ANTONIO LOPEZ RIVEROS
REPRESENTANTE LEGAL

JUAN SEBASTIAN LOPEZ PRIETO
CAPACITADOR

CASECON SAS

Gestión Integral

Licencia 937 5181 del 15 de Marzo de 2019

CERTIFICA A:

Emma Stella Ruiz Rubiano

EN SOPORTE VITAL BÁSICO

Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 41.784.151

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villavicencio (Meta), a los Seis (06) días del mes de Septiembre de 2019 con una intensidad de Diez (10) Horas Teórico - Practicas

JESUS ANTONIO LOPEZ RIVEROS
REPRESENTANTE LEGAL

JUAN SEBASTIAN GOMEZ PRIETO
CAPACITADOR

CASECON SAS

Gestión Integral

Licencia SST 0181 del 15 de Marzo de 2019

CERTIFICA A:

Emma Stella Ruiz Rubiano

EN PREVENCIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL

Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 41.784.181

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villavicencio (Meta), a los Cinco (05) días del mes de Septiembre de 2019 con una intensidad de Cuatro (04) Horas Teórico - Practicas

JESUS ANTONIO LOPEZ RIVEROS
REPRESENTANTE LEGAL

JUAN SEBASTIAN LOPEZ PRIETO
CAPACITADOR

CASECON SAS

Gestión Integral

Licencia: SSV 5383 del 13 de Marzo de 2013

CERTIFICA A:

Emma Stella Ruiz Rubiano

EN EVACUACIÓN Y RESCATE

Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 41.784.181

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villavicencio (Meta), a los Tres (03) días del mes de Septiembre de 2019 con una intensidad de Ocho (08) Horas Teórico - Practicas

JESUS ANTONIO LOPEZ RIVEROS
REPRESENTANTE LEGAL

JUAN SEBASTIAN LOPEZ PERETO
CAPACITADOR

CASECON SAS

Gestión Integral

Licencia SST 5181 del 15 de Marzo de 2019

CERTIFICA A:

Emma Stella Ruiz Rubiano

EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE EMERGENCIAS PARA BRIGADISTAS

Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 41.784.181

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villavicencio (Meta), a los Cuatro (04) días del mes de Septiembre de 2019 con una intensidad de Ocho (08) Horas Teórico - Practicas

JESUS ANTONIO LOPEZ RIVEROS
REPRESENTANTE LEGAL

JUAN SEBASTIAN LOPEZ POCTO
CAPACITADOR

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

EMMA STELLA RUIZ RUBIANO

Con Cedula de Ciudadania No. 41784181

Cursó y aprobó la acción de Formación

CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD Y REGISTRO PARA LOCALIZACION Y CARACTERIZACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Ibagué, a los dieciseis (16) días del mes de octubre de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por

JORGE ENRIQUE MONTEALEGRE HERNANDEZ
Subdirector
CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION
REGIONAL TOLIMA

63463930 - 16/10/2019
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 922608199625OCC41784181C.

RA SMART HEALTH

HIMSS

Certificado otorgado a:

CESAR [illegible] RUIZ RUBIANO
[illegible] identificado (a) con el [illegible]

por su participación en el curso "Atención integral en el ámbito de consulta con uso de [illegible]" y haber cumplido con los requisitos del Curriculo: Intensidad 4 horas.

18 junio 2020

Claudia Inés Rozo S
CEO R&A Smart Health SAS

INTERNACIONAL

VIGILADO POR

ALCALDIA DE
SANTIAGO DE CALI

Hace Constar que:

Emma Stella Ruiz Rubiano

C.C. 41

Realizó y Aprobó el Entrenamiento en:

HUMANIZACIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIO DE SALUD

El programa de entrenamiento cumple con los lineamientos de la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y protección social
Con una intensidad (8) horas a Certificar

Válido por 2 (dos) años a partir de la fecha.

POLITÉCNICO INTERNACIONAL DE OCCIDENTE- Licencia de funcionamiento, Resolución 4143.0.21.9502 Secretaría de Educación Santiago de Cali D.E, 23 de enero de 2020.

Institución
reconocida por

SENA

ISO 9001

CELAC

ALEXANDER GARZON MARTINEZ
Director Académico
Firmado Digitalmente en el
POLITECNICO INTERNACIONAL DE OCCIDENTE

Fundación APOYARTE e IPS Santa Bárbara.

Certifican que:

Emma Estella Ruiz Rubiano

Participó y asistió al curso

"VII CURSO DE ACTUALIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON VIH- sida"

Y

"TALLER DE CAPACITACIÓN EN ASESORÍA DE PRUEBA VOLUNTARIA".

Villavicencio-Meta Octubre 16 y 17 de 2015

Este curso equivale a 30 horas lectivas, el cual ha sido aprobado, demostrando dominio y una óptima revisión integral de los aspectos inherentes a la atención integral del paciente con VIH/sida.

Este certificado se expide a los 30 días del mes de Octubre de 2015

María Luisa Vanegas T.
Dirección Proyecto
Fundación Apoyarte

Dr. Juan Pablo Zapata T.
Director Científico
IPS Santa Bárbara

DEPARTAMENTO DEL META
NIT. 892.099.143-8

CERTIFICA QUE:

EMMA S RUIZ

Identificado (a) con C.C. 41784181, participó en el

TALLER MODELO DE ASESORIA EN PRUEBA VOLUNTARIA PARA VIH

Desarrollado en el marco del proyecto "Construcción de capacidad comunitaria e institucional para la oferta de servicios preventivos y de salud, la reducción de la morbi-mortalidad y vulnerabilidad asociada al VIH/SIDA en grupos claves afectados", cuya implementación está a cargo de la Corporación Únete para el Departamento del Meta.

El taller se realizó en la ciudad de Villavicencio a los 13 días del mes de junio del 2014, con una intensidad de 24 horas. En constancia se firma:

DEISY SARELLY VINASCO R.
Gerente de Promoción y Prevención
Facilitador

MARIA LORENZA GONZALEZ
Coordinadora Proyecto VIH
Corporación Únete

NIT. 822.007.521-3

PROYECTO VIH FONDO MUNDIAL

CERTIFICA QUE:

Emma Stella Ruiz

Identificado (a) con C.C 41.784.181 . , participó en el

TALLER DE ESTIGMA Y DISCRIMINACION

Desarrollado en el marco del proyecto "Construcción de capacidad comunitaria e institucional para la oferta de servicios preventivos y de salud, la reducción de la morbi-mortalidad y vulnerabilidad asociada al VIH/SIDA en grupos claves afectados", construido por el Mecanismo Coordinador de País MCP y financiado por el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis, cuya implementación está a cargo de Global Communities y la Entidad Ejecutora Corporación Únete

El taller se realizó en la ciudad de Villavicencio a los 25 días del mes de junio del 2014, con una intensidad de 8 horas.

MARIA LORENZA GONZALEZ
Coordinadora proyecto VIH-FM
Corporación Únete EE

JHON MARIO GAMA GONZALEZ
Facilitador

A&R GESTIÓN

A&R Gestión Ltda.

Certifica que

EMMA STELLA RUIZ RUBIANO,

Identificada con la cédula 40395994

Participó y aprobó el curso

PAMEC, clave para la mejora continua

Intensidad: 20 horas

Villavicencio el día 13 de junio del 2014

René Francisco Abello Gómez
Decano

Emma Isabel Rodríguez Durabes., MSc
Gerente

CERTIFICA QUE:

EMMA S RUIZ

identificado(a) con C.C. 41924131 participó en el

TALLER MODELO DE ASESORIA EN PRUEBA VOLUNTARIA PARA VIH

Desarrollado en el marco del proyecto "Construcción de capacidad comunitaria e institucional para la oferta de servicios preventivos y de salud, la reducción de la morbilidad y vulnerabilidad asociadas al VIH/SIDA en grupos claves afectados", cuya implementación está a cargo de la Asociación Unete para el Departamento del Huila.

El taller se realizó en la ciudad de Villavicencio en los días del mes de junio con una intensidad de 24 horas, en cumplimiento de lo anterior.

DEISY SARELLY VINASCO R.
Gestora de Promoción y Prevención
Facilitador

MARIA LORENZA GONZALEZ
Coordinadora Proyecto VIH
Corporación Unete

PROSPERIDAD
PARA TODOS

MCP

NIT 900[illegible]-3[illegible]

PROYECTO VIH FONDO MUNDIAL

CERTIFICA QUE:

Emma Stella Ruiz

Identificado (a) con CC 41.784.181 participó en el

TALLER DE ESTIGMA Y DISCRIMINACION

Desarrollado en el marco del proyecto "Construcción de capacidad comunitaria e institucional para la oferta de servicios preventivos y de salud, la reducción de la morbimortalidad y vulnerabilidad asociada al VIH/SIDA en grupos claves afectados", construido por el Mecanismo Coordinador de País MCP y financiado por el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis, cuya implementación está a cargo de Globales Comunidades y la Entidad Ejecutora Corporación Unete

El taller se realizó en la ciudad de Villavicencio a los 25 días del mes de junio del 2014 con una intensidad de 8 horas.

MARIA LORENZA GONZALEZ
Coordinadora proyecto VIH-FM
Corporación Unete EE

JHON MARIO GAMA GONZALEZ
Facilitador

Villavicencio
Gobierno de la Ciudad
Secretaría Local de Salud

Santa Bárbara

V Curso De VIH/Sida y Enfermedades Infecciosas

CERTIFICA A:

EMMA STELLA RUIZ RUBIANO

Como participante en el V Curso de VIH/Sida y Enfermedades Infecciosas realizado en la ciudad de Villavicencio los días 5 y 6 de Octubre de 2012

Dra. YANED SIERRA CASTRILLON
Secretaria Local de Salud

Juan Pablo Zapata Leal
Dr. JUAN PABLO ZAPATA LEAL
Medico Internista

CURSO
CAPACITACIÓN DE AUDITORES
INTERNOS EN CALIDAD

EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E.
"Un Hospital con Vocación de Servicio"

Hace Constar que:

Emma Stella Ruiz Ribiano

C.C. 41784191

Asistió al Curso Capacitación de Auditores Internos en Calidad el día 04 de Marzo de 2011, con una Intensidad horaria de 8 horas.

Dr. JORGE OVIDIO CRUZ AYALA
Gerente Hospital

LICENCIADA QUILOE SANCHEZ
Asesora Calidad

LA ALCALDIA DE VILLAVICENCIO, LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y LA CORPORACIÓN ALIANZA TERRA

PROGRAMA PROTECCION SOCIAL AL ADULTO MAYOR

CERTIFICA QUE:

Emma Stella Ruiz Rubiano

Identificado (a) con C.C No.41.784.181

PARTICIPO EN EL PRIMER SEMINARIO TALLER VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL
«PROGRAMA SIENTE COMO EN CASA»
INTENSIDAD HORARIA 20 HORAS

PEDRO NEL MACIAS VALENCIA
R.T. DE OFICINA ASESORA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

JOSÈ MAURICIO OCAMPO C.
MEDICO GERIATRA CLINICO
DIRECTOR PROGRAMA SIENTETE COMO EN CASA

CARLOS ALBERTO ESPITIA BERRIO
DIRECTOR CIENTÍFICO CORPORACIÓN ALIANZA TERRA

VILLAVICENCIO, 19 DE DICIEMBRE DE 2010

ALTHVIZ

CONSULTORIA SUPERIOR

ALTHVIZ & CIA CONSULTORES LTDA

CERTIFICA QUE

Emma Estella Ruiz Rubiano

PARTICIPÓ Y APROBO EL SEMINARIO – TALLER

"AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD ISO 9001:2000

Realizado en Villavicencio-Meta, para INVERSIONES CLINICA DEL META S.A. los días 13 y 14 de Abril del 2007, con una intensidad de 24 horas

Angélica Pronto
Conferencista

Alfredo Althviz Ramírez
Gerente General

GOBERNACION DEL META
SECRETARIA DE SALUD DEL META

GOBERNACION DEL META

SECRETARIA DPTAL DE SALUD

CERTIFICA QUE:

Emma L. Ruiz Fabiano

Asistió al Foro Departamental de Salud Mental "La Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia", el día 20 de noviembre de 2007 con una intensidad de 10 horas.

COLEGIOS HERMANAS DE NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ

Y

COLEGIO SAN ANTONIO

CERTIFICAN QUE

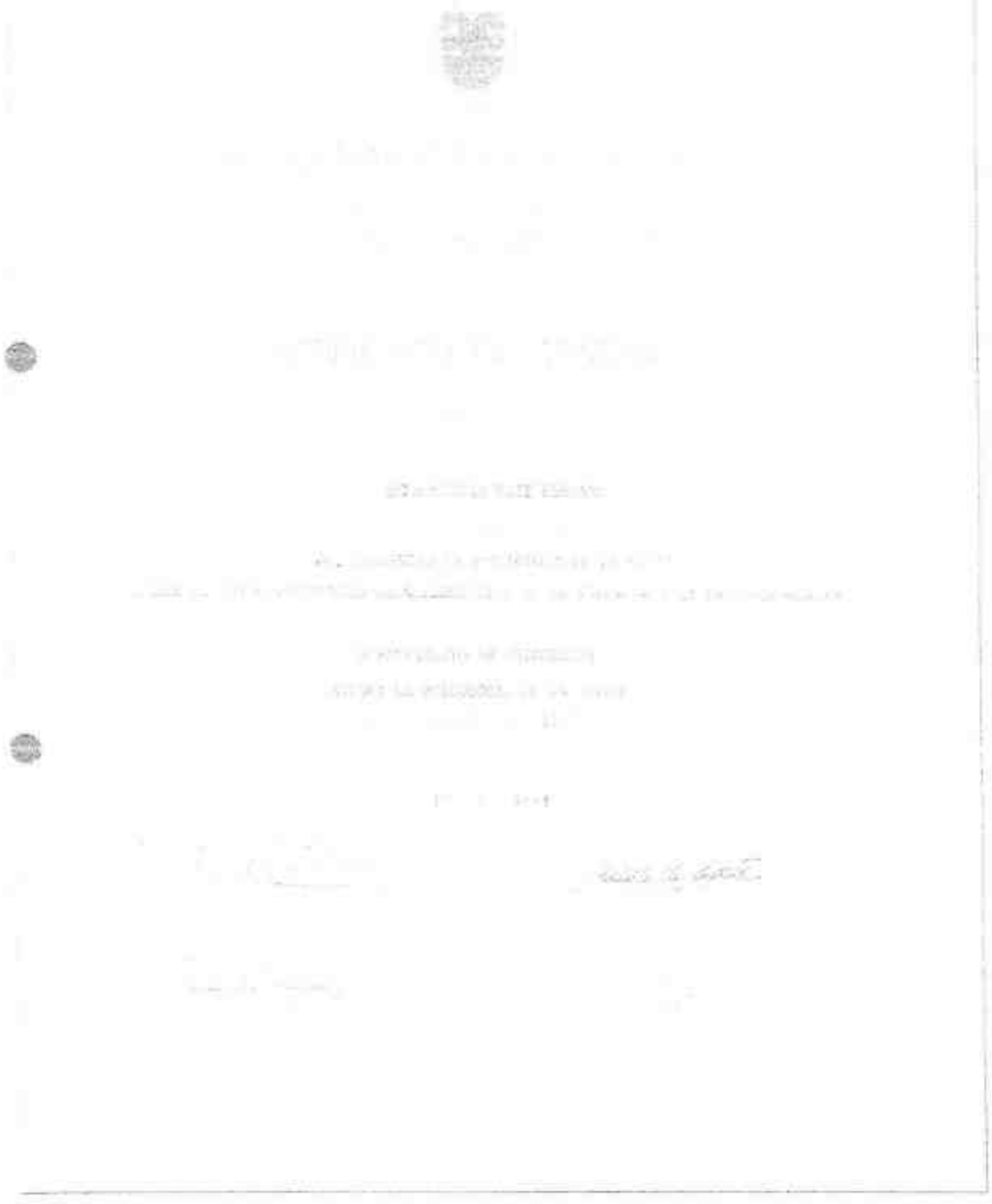
FABIOLA STELLA RUIZ RUBIANO

ASISTIO AL V SEMINARIO DE ACTUALIZACION PEDAGÓGICA

"EPISTEMOLOGÍA E INTEGRACIÓN CURRICULAR"

Realizado en Santafé de Bogotá D. C., los días 19 y 20 de Marzo de 1992

HNA. ANA YSMENIA PAEZ



República de Colombia

Fundación Cundinamarca - Fundación Centro Andino de Estudios

y en su nombre

Corporación Internacional para el Desarrollo Educativo

Personería Jurídica 1267 de 1571 del Ministerio de Justicia

Confieren el Diplomado en

Liderazgo Colectivo y Calidad

a

Emma Stella Ruiz Rubia

En constancia se firma en Ciudad de Bogotá, D. C. a

Teresa Serrano de Camargo
Presidente Fundación

Rafael E. Vélez Barrera
Rector

República de Colombia

Fundación Cundinamarca - Fundación Centro Andino de Estudios
y en su nombre

CIDE

Corporación Internacional para el Desarrollo Educativo
Personería Jurídica 1567 de 1977 del Ministerio de Justicia

Confieren el Diplomado en

Liderazgo Colectivo y Calidad

a

Emma Stella Ruiz Rubio

En constancia se firma en Santafé de Bogotá, D. C., a

AYUDANDO A VIVIR EAT

Descubre la grandeza dejando huella en el corazon de un niño

AYUDANDO A VIVIR E.A.T
NIT 822.005.547-1

CERTIFICA QUE:

La Doctora **EMMA STELLA RUIZ RUBIANO**, identificada con cedula de ciudadanía No. **71.784.181 de Bogotá**, presto sus servicios como psicóloga a la población con discapacidad físico y/o cognitiva de la siguiente manera:

- 01 de octubre de 2008 al 30 de noviembre del 2009
- 01 de febrero de 2010 al 30 de diciembre de 2010
- 22 de febrero de 2019 al 22 de diciembre de 2019
- 08 de enero de 2020 al 23 de diciembre de 2020
- 18 de enero de 2021 al 30 de julio de 2021
- 01 de agosto al 30 de diciembre de 2022
- 15 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023
- A la fecha continua prestando sus servicios profesionales

La presente se expide a los veintidós (22) días del mes de enero de 2024 a solicitud de la interesada.

Cordialmente,

JANNETH CONSTANZA GARNICA
DIRECTORA EJECUTIVA

AYUDANDO A VIVIR EAT

descubre la grandeza dejando huella en el corazon de un niño

AYUDANDO A VIVIR E.A.T
NIT 822.005.547-1

CERTIFICA QUE

La Doctora EMMA STELLA RUIZ RUBIANO, identificada con cedula de ciudadania No 41.784.181 de Bogotá Cundinamarca, ha prestado sus servicios de PSICOLOGIA a la población con discapacidad fisica y/o cognitiva de la siguiente manera

- Contrato de prestación de servicios del 1 de octubre de 2008 al 30 de noviembre del 2009
- Contrato de prestación de servicios del 1 de febrero al 30 de diciembre de 2010
- Contrato de Servicios No. 003 de 2019 del 22 de febrero al 22 de diciembre de 2019
- Contrato de servicios No. 003 de 08 de enero de 2020 hasta el 20 de marzo y se reanuda el 06 de julio con culminación el 23 de diciembre de 2020
- Contrato No. 003 del 18 de enero de 2021 hasta el 30 de julio de 2021
- Contrato No. 006 del 1 de agosto al 30 de diciembre de 2022

La presente se expide a solicitud de la interesada a los treinta (30) días del mes de diciembre del 2021

Cordialmente

JANNETH CONSTANZA GARNICA
REPRESENTANTE LEGAL

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

EL SUSCRITO JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAL DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA

SAN MARTÍN

HACE CONSTAR:

Que la señora EMMA STELLA RUIZ RUBIANO identificada con cedula de ciudadania numero 41.784.181 de bogota; presto sus servicios en esta institucion desde agosto 2000 a julio 2001 y de enero del 2002 a enero del 2003.

Se expide la presente certificacion en Bogota, el dia 13 de noviembre de 2002.

JAVIER CADAVID ESTRADA
Jefe Depto. de Personal

FUNDACION UNIVERSITARIA DEPARTAMENTO DE PERSONAL JEFE SAN MARTIN

Hoja de Vida

ORGANIZACIÓN Vihonco - IPS SAS

CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

ORGANIZACIÓN VIHONCO IPS SAS certifica que:

RUIZ RUBIANO EMMA ESTELLA identificado con cedula de ciudadanía número *41.784.181* prestó servicios profesionales en el área de Psicología para la **ORGANIZACIÓN VIHONCO IPS SAS** identificada con el NIT 900088985-5 bajo el siguiente objeto: *"El contratista, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios y elementos de trabajo, prestará sus servicios profesionales directamente al contratante, consistentes en: Psicología*

FECHA INICIAL DEL CONTRATO: *01 de agosto de 2012*

FECHA TERMINACION DEL CONTRATO: *30 de abril de 2018*

VALOR PROMEDIO MENSUAL DEL CONTRATO: Corresponde a la suma de un millón cien mil pesos (COS 1'100.000) mensualmente.

El contratista actúa de manera independiente, sin subordinación ni dependencia, utilizando sus propios medios y elementos de trabajo, prestó sus servicios profesionales directamente al contratante, mediante una relación contractual desarrollada en el marco del derecho privado.

El tiempo de prestación de servicios con nosotros es de cinco (5) años y nueve *(9)* meses; sus servicios fueron prestados con calidad, oportunidad y confiabilidad.

Se expide la presente certificación el día 07 de marzo de 2019 a solicitud del interesado.

Atentamente,

VERONICA RODRIGUEZ DOMINGUEZ
CC. 1.037.617.157
Representante legal
ORGANIZACIÓN VIHONCO IPS SAS

CRECER

LA DIRECTORA EJECUTIVA DE LA ASOCIACION CRECER

HACER CONSTAR

Que la Doctora EMMA STELLA RUIZ RUBIANO, con c.c. 41784181 expedida en Bogotá estuvo vinculada con la institucion desde el 1 de Noviembre del 2007 hasta Septiembre 30 del 2008 prestando sus servicios como Psicologa y Coordinadora del Internado, de poblacion especial.

Se expide por solicitud de la interesada a los 30 dias del mes de Marzo del 2009

YOLANDA TOLEDO PEREZ
Directora

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

EL SUSCRITO JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAL DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA

SAN MARTÍN

HACE CONSTAR:

Que la señora EMMA STELLA RUIZ RUBIANO identificada con cedula de ciudadania numero 41.784.181 de bogota, presto sus servicios en esta institucion desde agosto 2000 a junio 2001 y de enero del 2002 a enero del 2013

Se expide la presente certificacion en Bogota, el dia 13 de noviembre de 2002

JAVIER CADAVID ESTRADA
Jefe Depto. de Personal

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

Hoja de Vida

CORPORACIÓN CENTRO DE NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES

CERTIFICADO No. 022

CORPORACION CENTRO DE NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES

EL PROGRAMA DE CATEQUESIS CON APROBACION SEGUN ACUERDO DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CORPORACION CENTRO NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES No.002 DEL 21 DE MARZO DE 1996 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 1998

LA SUSCRITA RECTOR A :

CERTIFICA :

Que EMMA STELLA RUIZ RUBIANO, identificada con cédula de ciudadania No. 41.784.181 de Bogotá, se encuentrá trabajando en esta institución como profesore de Psicologia del aprendizaje, psicologia de la personalidad y psicologia de la religión en el PROGRAMA DE CATEQUESIS, desde Julio de 1995 hasta la presente.

Se expide en Santafé de Bogotá, a los 31 días del Mayo de 1996, a solicitud de la interesada.

EVA RIVEROS RIVEROS
RECTORA

CORPORACIÓN CENTRO DE NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES

CERTIFICADO No. 022

CORPORACION CENTRO DE NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES

EL PROGRAMA DE CATEQUESIS CON APROBACION SEGUN ACUERDO DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA CORPORACION CENTRO NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES No.002 DEL 21 DE MARZO DE 1995 HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 1998

LA SUSCRITA RECTORA,

CERTIFICA :

Que EMMA STELLA RUIZ RUBIANO, identificada con cedula de ciudadania No. 41.784.181 de Bogotá, se encuentra trabajando en esta institucion como profesora de Psicologia del aprendizaje, psicologia de la personalidad y psicologia de la religion en el PROGRAMA DE CATEQUESIS, desde Julio de 1995 hasta la presente.

Se expide en Santafé de Bogotá, a los 31 dias del Mayo de 1996, a solicitud de la interesada.

EVA RIVEROS RIVEROS
RECTORA



GOBERNACIÓN DEL META
SECRETARIA DE SALUD
Carne de Inscripción

DEPARTAMENTO DEL META



EMMA STELLA
RUIZ RUBIANO
C.C.41.784.181
Registro No 62536 MINSALUD

PSICOLOGA

System Card

"La jefe del Departamento de Seguridad Social; Inspección, Vigilancia y Control hace constar que el portador de este carné cumplió con los requisitos legales para ejercer la profesión"

FECHA DE EXPEDICION
MARZO /2008

Gloria Ibeth Castro J.

GLORIA IBETH CASTRO JIMENEZ
Jefe Departamento de Seguridad Social
Inspección, Vigilancia y Control

SALUD Y SEGURIDAD LTDA

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

No. 0019675

1. DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE:	IPS AYUDANDO A VIVIR E A T	NIT:	822005547
DIRECCION:	FINCA VILLALUNA SECTOR CLUB DE TENIS VDA	TELS:	
EMP. MISION:			

2. DATOS DEL EMPLEADO

NOMBRE:	RUIZ RUBIANO EMMA STELLA	IDENTIFIC:	41784181
DIRECCION:	CALLE 5 # 24 78 B LA LABORADA	EDAD:	63 Año(s)
CARGO:	PSICOLOGA	SEXO:	FEMENINO
EXAMEN:	PERIODICO	TEL(S):	3219478870



3. EXAMENES REALIZADOS

FECHA DE ATENCION: 25/01/2024

El concepto de aptitud se definió a partir de los siguientes examenes practicados:

AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	CUADRO HEMATICO - HEMOGRAMA	GLICEMIA EN AYUNAS
TRIGLICERIDOS -	CONSULTA POR OPTOMETRIA	CONSULTA SALUD OCUPACIONAL

4. RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS	USO DE E.P.P.
SEGUN EXPOSICION DE RIESGO INCLUIR EN SVE	SVE RIESGO BIOMECANICO	SVE RIESGO CARDIOVASCULAR

5. CONCEPTO OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

6. OBSERVACIONES

Autorizo a la IPS SALUD Y SEGURIDAD LTDA, a realizar en mi el examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) suscrito(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he leido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de los exámenes.

Entiendo que la realización de este(os) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara dicho) examen(es). Las preguntas dadas por mi en este(os) examen(es) está(n) completo(s) y es(son) verídica(s). Autorizo a la IPS SALUD Y SEGURIDAD LTDA para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento, para el fiel cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la normatividad legislación. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Dr. WILSON JOSE CONTRERAS PINTO

RUIZ RUBIANO EMMA STELLA

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Ayuntamiento de Villavicencio

Sideap

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, EMMA STELLA RUIZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ C.E. ○ T.I. ○ No. 41784181 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia Departamento Meta Municipio Villavicencio.

Dirección Calle 5 # 24-78 barrio la alborada Teléfonos: 3105952530 3219478870

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995.

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 32.673.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 32.673.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco de Bogota	Cuenta de ahorros	395079058	Unicentro	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Ayudando a vivir EAT

Sideap 3.0

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: SI ◯ NO ⊗ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 09-AGO-2023

CIUDAD Y FECHA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 41784121 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y numero consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 07/02/2024 01:05 PM

Código Verificación: CUNSXH9LPZ

Válido hasta: 07/05/2024

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

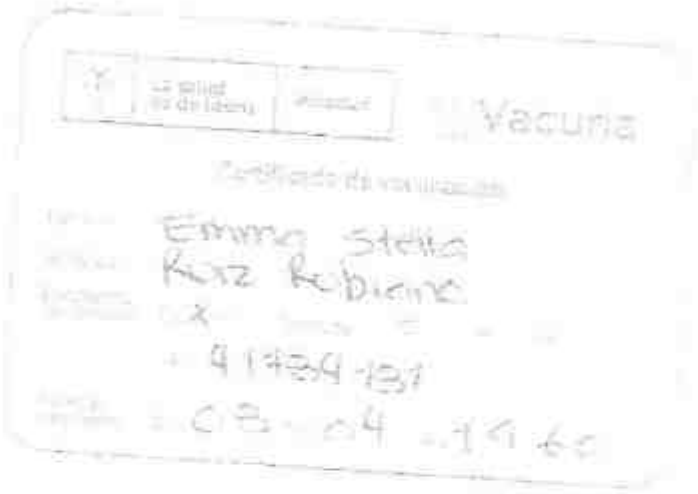


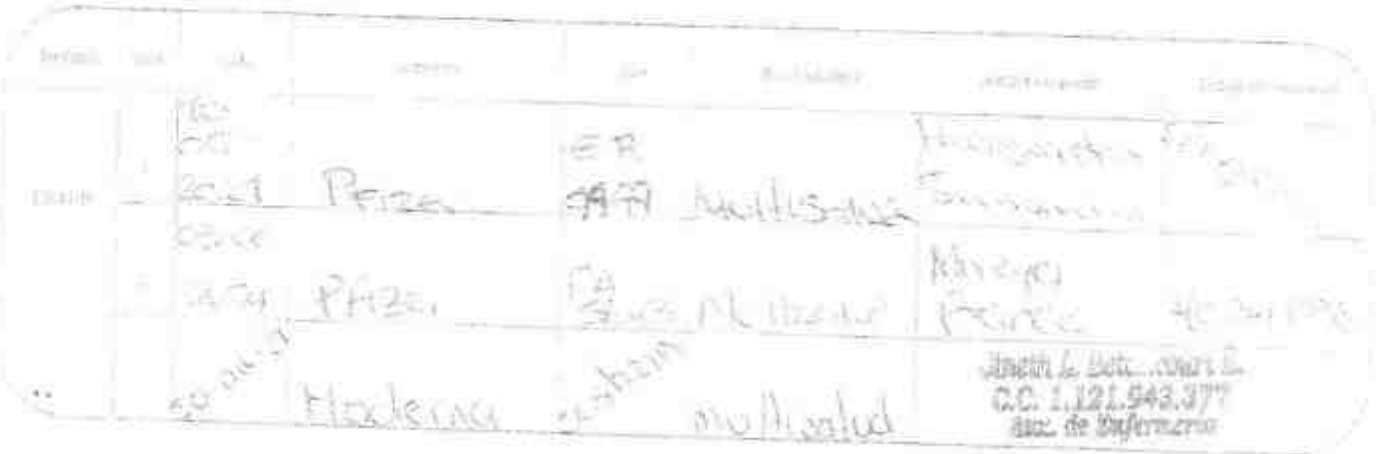

TOTAL
PSICOLOGIA
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

ID	Nro. Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado	Teléfono

Tipo Profesional	Clase Documento	Profesión o Ocupación	Fecha inicio ejerce Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
PSI	Local	PSICOLOGIA	1999-09-07	2319	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD


Vacuna


Vacuna
Emma Stella
Ruiz Robledo


Pfizer
Pfizer
Moderna
Pfizer
Jenith L. Ortiz...
C.C. 1.121.543.377
Enf. de Urgencias

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Emma Stella

Apellidos: Ruiz Rebiano

Documento de identidad: CC X TI Extranjería PEP Otro Cuál

No. 41724131

Fecha de nacimiento: día 08 mes 04 año 1960

Este carné es valido en Colombia
Será exigido para entrar en zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Instituto Nacional de Salud

Unidad y Orden

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Emma Stella

Apellidos: Ruiz Rubiano

Documento de identidad: CC X TI PASAPORTE No. 41.784.181

Fecha de Nacimiento: Día 0 7 Mes 0 7 Año 1 9 6 0

Biológico	Dosis	Fecha Aplicación	Lote	Firma
Sarampión Rubeola	Única	05-05-2003	513321/35	
Fiebre Amarilla	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	1	25-04-2007	26007713	
	2	30-05-2008	2488106	
	3	25-05-2009	362314	

Biológico	Dosis	Fecha Aplicación	Lote	Firma
Fiebre Amarilla				
Influenza	1.	06-03-2015	D00231	
Otra	1/0	26-04-2016	H/1480	

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 26 de septiembre de 2025, a las 15:52:54, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	41784181
Código de Verificación	41784181250926155254

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Firmado: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:53:21 PM horas del 26/09/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **41784181**

Apellidos y Nombres: **RUIZ RUBIANO EMMA STELLA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 Barrio Modena, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes (08:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm)
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 39502 (Bogotá)
Resto del país 018000 910 112
E-mail: dijin.atencion
al@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 281331097

PIB
15:52:23
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 26 de septiembre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) EMMA STELLA RUIZ RUBIANO identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 41784181:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñan funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S). SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultado la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 41784181 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coinciden con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 07/02/2024 01:05 PM

Código Verificación: CUNSXHGLPZ

Válido hasta: 07/02/2024

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:26:57 horas del 29/10/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **41784181**, Apellidos y Nombres **RUIZ RUBIANO EMMA STELLA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y** con NIT **900963678-1** a la cual fue remitida en exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 17/07/2018 "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 19/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad vigente frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co/#/consulta

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 29/10/2025 03:07:58 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **41784181** y Nombre: **EMMA STELLA RUIZ RUBIANO.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **125735825** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Villavicencio, 28 de octubre de 2025

Señores
CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
VILLAVICENCIO

ASUNTO: AUTORIZACION

Respetados Señores:

Yo EMMA STELLA RUIZ RUBIANO, identificada con cedula de ciudadanía No. 41.784.181 de Bogotá D.C, por medio de la presente doy mi AUTORIZACION a la CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO y a la GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO DEL META para que realice la consulta de inhabilidades Delitos Sexuales cometidos contra memores de 18 años Ley 1918 de 2018, expedido por la Policía Nacional, con el fin de ser aportado a la Convocatoria Entidades Privadas sin ánimo de lucro Régimen Especial No. GCSJ-RE-2256-2025.

Cordialmente,

EMMA STELLA RUIZ RUBIANO
C.C. 41.784.181 de Bogotá D.C
Cel 310 595 2530

Villavicencio, 28 de octubre de 2025

SEÑORES
CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
VILLAVICENCIO

Asunto: Carta de Compromiso y Disponibilidad

Respetados Señores:

Yo, EMMA STELLA RUIZ RUBIANO, identificada con cedula de ciudadanía No. 41.784.181 de Bogotá D.C., manifiesto mi COMPROMISO Y DISPONIBILIDAD para desempeñarme en el cargo de PSICOLOGA para la CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO en el evento de ser adjudicado contrato con la Gobernación del Departamento del Meta.

Lo anterior la expido como requisito de la Convocatoria Entidades Privadas sin Ánimo de Lucro Régimen Especial No. GCSJ-RE-2256-2025.

Cordialmente,

EMMA STELLA RUIZ RUBIANO
C.C. 41.784.181 de Bogotá D.C
Cel 3219478870

COLOMBIA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **EMMA STELLA RUIZ RUBIANO** identificado con **CC No. 41784181**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
INDEPENDIENTE CONTRATANTE NO AFILIADO (DECRETO 723/2013) - NI. 899999995	**Fecha de afiliación:** 06/06/2019 **Fecha de inicio de cobertura:** 16/11/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/10/2023 **Fecha fin de Contrato:** 30/04/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra pagina web y seleccione la opcion 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401011588134.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 28 días del mes de enero de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Emma Stella Ruiz Rubiano identificado con CC. 41784181 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

VOLUNTARIO

Fecha de inicio de cobertura	2025/12/05	**Código de ocupación**	12634
Tipo de vinculación	Independiente Voluntario	**Descripción de ocupación**	Psicologos
Clase de riesgo	1	**Estado de afiliación**	Activa

Esta certificación se expide a los 4 días del mes de diciembre del 2025.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC04122025E41784181R730210.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

EPS Sanitas

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 41784181
NOMBRES Y APELLIDOS	Ruiz Rubiano,Emma Stella .
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	12/04/2013
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Ruiz Rubiano,Emma Stella, a los 28 días del mes de enero del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que Emma Stella Ruiz Rubiano, identificado(a) con CC número 41784181, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 41784181
NOMBRES Y APELLIDOS	Emma Stella Ruiz Rubiano
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	08/04/1960
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	03/12/2007
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	398 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
REGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	12/04/2013
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 41784181 EMMA STELLA RUIZ RUBIANO Desde 01/01/2020 - Vigente

Generado por interfaces 12/12/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CUBIDES	MORENO	JEIMY KAROLINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.122.239.798 | SEXO: F ( ) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) | PAÍS:

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 12 MES 12 AÑO 1998

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOLIVAR

MUNICIPIO: SANTA ROSA DEL SUR

DIRECCION DE CORRESPONDENCIA

CRA. 50 NO. 28a. 49 SUR MONTECARLO ALTO

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: META

MUNICIPIO: VILLAVICENCIO

TELÉFONO: 322 939 7159 EMAIL: geimycubides@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 07 AÑO

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADEMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADEAMICA	No SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACION MES	TERMINACION AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	X	X		ASISTENTE DE PREESCOLAR	07	2014	

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	contratacion@avivir.co

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DÍA 0 1 MES 0 1 AÑO 2 0 2 5	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAIS
CORPORACION AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICEN CIO	corpoayudandoavivir4@gmail.com

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
313 293 7853	DÍA 0 1 MES 0 8 AÑO 2 0 2 4	DÍA 3 1 MES 1 2 AÑO 2 0 2 4

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION
DOCENTE		VANGUARDIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAIS
CIUDAD EDUCADORA ESPIRITU SANTO		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	secretaria.academica@ciudadeducadora.edu.co

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
311 201 4158	DÍA 0 8 MES 0 9 AÑO 2 0 2 3	DÍA 2 4 MES 0 4 AÑO 2 0 2 4

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION
AUXILIAR DE PREESCOLAR		KM 3,5 VDA EL CAIRO ALTO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAIS
LICEO LOS SABIOS INNOVADORES		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
312 348 2616	DÍA 1 0 MES 0 3 AÑO 2 0 2 3	DÍA 1 2 MES 0 7 AÑO 2 0 2 3

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION
AUXILIAR DE PREESCOLAR		CRA. 17 B STA BARBARA

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) NO ( ) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PUBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Villavicencio 24 de septiembre de 2025

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.122.239.798
CUBIDES MORENO

APELLIDOS

JEIMY KAROLINA

NOMBRES



Jeimy Karolina Cubides

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-DIC-1998
SANTA ROSA DEL SUR
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

10-FEB-2017 EL RETORNO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P:6300700-00825467-F-1122239798-20170408 0054875500A 1 47046708

REPÚBLICA DE COLOMBIA

EL
DEPARTAMENTO DEL META
Y
EL INSTITUTO

POLITÉCNICO AGROINDUSTRIAL

"Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano"

CONFIERE A:

Jeimy Karolina Cubides Moreno

C.C. N. 1.122.226.798 de El Retorno

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

EN:

Asistente De Preescolar

1700 HORAS

Villavicencio 13 MAY 2024

Serial: 23855

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Ley N° 1064 / Julio de 2006

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACIÓN TECNICA

En la ciudad de Villavicencio a los diecinueve (19) días del mes de julio de 2024, se reunieron con el fin de formalizar la certificación Técnica Laboral del estudiante **JEIMY KAROLINA CUBIDES MORENO**, identificada con documento de identidad número 1.122.239.798 de El Retorno. Los suscritos: Director, Directora Academica, Secretario, Profesionales y comunidad en general del Instituto Politécnico Agroindustrial aprobado segun resolucion No 1298 de 1996 emanada de la Secretaria de educacion del Meta, y que rige en el desarrollo del proyecto educacional segun lo estipulado en el capitulo 2 del código Nacional de Educacion (Ley 115 de Febrero 8 de 1994 y ley 30 de Diciembre 28 de 1992) lo que respecta a la formacion de recursos humanos para los diferentes sectores de la economia

Comprobada la situación legal, administrativa y academica del estudiante, quien participo en el desarrollo de contenidos curriculares, dentro de un proceso de capacitación y formación por suficiencias académicas, en áreas especificas a través de Trabajos Dirigidos, Orientados y Evaluados, se aprueban estudios correspondientes al nivel de Capacitación Técnica Laboral, otorgando el Certificado de Técnico Laboral Por Competencias en **ASISTENTE DE PREESCOLAR**, registrado con el acta# No 23855, al estudiante cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación

JEIMY KAROLINA CUBIDES MORENO 1.122.239.798 de El Retorno

Promocion que consta de **206** estudiantes certificados, comenzando con **SULAY ALEJANDRA RODRIGUEZ CARZON**, del programa **AUXILIAR DE CLINICA VETERINARIA** y cierra con **YOLI TALIA ZAMUDIO CASTILLO**, del programa **AUXILIAR ADMINISTRATIVO**

En constancia se firma y sella la presente por el director, directora academica y secretario del instituto

Dr. OMAR GUALTEROS ATEHORTUA
Director.

KAREN STEPHANY HERNANDEZ VENECA
Directora Academica

MARIA ALEJANDRA GUALTEROS ALVARADO
Secretaria.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

Y LA SECRETARÍA

DE

LICEO DA VINCI

Villavicencio - Meta

Confiere a

CUBIDES MORENO YIMY KAROLINA

el Título de

Bachiller Académico

Dado en

Fecha

LICEO DA VINCI

SEDE VILLAVICENCIO

Resolución 0000 Secretaría de Educación de Villavicencio
Resolución 1180 de 31 de Mayo de 2002
Código DANE [illegible] Código ICFES 720020

INSTITUCIÓN EDUCATIVA LICEO DA VINCI

Acta individual de grado

En la ciudad de Villavicencio Departamento del Meta, a los dieciséis (16) días del mes de julio del año 2021 se reunieron el Rector y secretaria, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último ciclo (V) de educación media, establecimiento educativo reconocido por la secretaría de educación, para otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación media, se procedió a otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO a los graduandos cuyos apellidos, nombres y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

CIBIDES MORENO JERRY KAROLINA
CC1.122.239.798 DE EL RETORNO

Es fiel copia tomada del acta original N°017 a los dieciséis (16) días del mes de julio de año 2021. La cual consta de 35 alumnos comenzando con el nombre de ALVAREZ VALDERRAMA PAULA DANIELA y se cierra con el nombre de URANGO FERNANDEZ HEIDY JUDITH.

Firmada por HUGO AMADOR GOMEZ actuando en calidad de rector y YURI VIVIANA ALVIS GUALTERO como secretaria, a los dieciséis (16) días del mes de julio del año 2021.

Firmada y Sellada

HUGO AMADOR GOMEZ
C.C. 7.167.154
Rector

YURI VIVIANA ALVIS GUALTERO
C.C. 1.121.824.799
Secretaria

Carrera 36 No. 34a - 46 Barzal / Teléfono (8) 663 2927 Cel: 319 210 5083 / 322 284 3659
E-mail: liceodavincivillavicencio@gmail.com
"Con Orientación y Sentido Social"

INSTITUTO POLITÉCNICO AGROINDUSTRIAL

Resolución Nro. 1500-67.10-054 del 18/01/2021
Secretaria de Educación Municipal de Villavicencio

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
LEY Nº 1064 del 26 de Julio de 2006

Certifica Que:

Jeimy Karolina Cubides Moreno

con número de identificación: 1.122.239.798 de El Retorno

Completo exitosamente el curso de aprendizaje en:

Inglés Básico Aplicable A2

Con una Intensidad Académica de noventa (90) Horas

Villavicencio, julio (19) de 2024

Centro de Idiomas UNI-ENGLISH Director Académico

Director Uni-english

CENTRO DE PLURILINGÜISMO
UNI - ENGLISH INSTITUTE
UNIVERSAL DE IDIOMAS

Centro de Idiomas UNI-ENGLISH INSTITUTE Coordinador Académico

Coordinador Uni-english

Serial No. 20241042

REPÚBLICA DE COLOMBIA

y

en su nombre

Confieren a:

Jeimy Karolina Cubides Moreno

Diplomado como Especialista en:

Educación Inclusiva E Inclusión Social

Se cumplieron plenamente y a satisfacción todos los requisitos académicos y administrativos exigidos en Cursos de Cultura para el trabajo 126 horas.

En Valledupar a los Veintiocho (28) días del mes de Julio de 2024

AYUDANDO A VIVIR EAT

Descubre la grandeza dejando huella en el corazón de un niño

AYUDANDO A VIVIR E.A.T
NIT 822.005.547-1

CERTIFICA QUE:

La señora JEIMY KAROLINA CUBIDES MORENO, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.122.239.798 del RETORNO, labora en AYUDANDO A VIVIR E.A.T, como docente, desde el 01 de enero de 2025, hasta la fecha a la población con discapacidad física y/o cognitiva.

La presente se expide a los veinticuatro 24 días del mes de septiembre de 2025 a solicitud del interesado.

Cordialmente,

Angie Viviana Ariza Duran
Coordinador de Programas para la Discapacidad y Gestión del Talento.

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR
Con Esperanza, Amor y Trabajo

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
NIT 900.963.678-1

CERTIFICA QUE

La señorita JEIMY KAROLINA CUBIDES MORENO, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.122.239.798 del RETORNO, presto sus servicios como TECNICO PROFESIONAL EN PEDAGOGIA INFANTIL, con niños, niñas, adolescente, jóvenes y adultos con discapacidad cognitiva desde el 01 de agosto hasta el 31 de diciembre de 2024

La presente se expide a los treinta y un días del mes de diciembre del 2024 a solicitud de la interesada para fines pertinentes

Cordialmente,

ANDRES FELIPE RAMIREZ G
REPRESENTANTE LEGAL

Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 310 401 25 49 – 313 2937853
corpoayudandoavivir4@gmail.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

JEIMY KAROLINA CUBIDES MORENO

Con Cédula de Ciudadanía No. 1[illegible]

Cursó y aprobó la acción de Formación

ADMINISTRACION DOCUMENTAL EN EL ENTORNO LABORAL

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo cual se firma el presente en Barranquilla, a los [illegible] días del mes de noviembre de dos mil veintiuno (2021).

Firmado Digitalmente por

JOSE GREGORIO SUAREZ CONTRERAS

Regional
CENTRO INDUSTRIAL Y DE LA AVIACION
REGIONAL ATLANTICO

29/30/14: 10:11:2021
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el siguiente vínculo que se encuentra en la página web oficial [illegible] bajo el nombre CONSULTA DE CERTIFICADOS.

S

REGIONAL ATLÁNTICO

EL CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACION

CERTIFICA

Que JEIMY KAROLINA CUBIDES MORENO identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1122239798 de El Retorno, realizó y aprobó el curso de ADMINISTRACION DOCUMENTAL EN EL ENTORNO LABORAL con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Barranquilla, a los ocho (8) días del mes de noviembre de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

JOSE GREGORIO SUAREZ CONTRERAS
Subdirector CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACION
REGIONAL ATLÁNTICO

SENA: Una Organización con Conocimiento

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el siguiente vínculo: https://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9200024240840[illegible]

Ministerio de Educación Nacional
Registro Secretaría de Educación N° F000301
Registro DANE 350001001095

EL RECTOR DE LA CIUDAD EDUCADORA ESPÍRITU SANTO
VILLAVICENCIO

CALENDARIO A – JORNADA DIURNA

Aprobado por el Gobierno Departamental del Meta según Resolución 867 del 22 de octubre de 1999 y Modificada parcialmente según Resolucion N°. 1500-67.10/2640 del 24 de noviembre de 2022 expedida por la Secretaría de Educación Municipal
NIT: 901190798-0

HACE CONSTAR:

Que: **JEIMY KAROLINA CUBIDES MORENO** identificada con C.C. 1122239798 expedida en El Retorno – Guaviare, realizó en esta Institución Educativa las prácticas correspondientes como aprendiz de técnico en auxiliar de preescolar durante el periodo.

5 de septiembre de 2023 al 24 de abril de 2024

Se expide en Villavicencio, a los 30 días del mes de abril de 2024.

SECRETARÍA ACADÉMICA

ANDRÉS ELÍAS PARDO RODRÍGUEZ
Rector

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 281155888

PIB
16:33:16

Bogotá DC, 24 de septiembre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones o Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JEIMY KAROLINA CUBIDES MORENO identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1122239798;

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñan funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodriguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCION :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 24 de septiembre de 2025, a las 16:40:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1122239798
Código de Verificación	1122239798250924164017

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:25:52 horas del 29/10/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1122239798**, Apellidos y Nombres **CUBIDES MORENO JEIMY KAROLINA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CORPORACION AYUDANDO A VIVIR** , con Nit **900963678-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad vigente frente al tratamiento de datos.

https://antecedentes.policia.gov.co:8083/consulta

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:25:52 horas del 29/10/2025, el ciudadano identificado con cedula de ciudadanía No. **1122239798**, Apellidos y Nombres **CUBIDES MORENO JEIMY KAROLINA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CORPORACION AYUDANDO A VIVIR** , con NIT **900963678-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores de, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad vigente frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8089/consulta

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1122239798 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Este certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 29/10/2025 10:37 AM

Código Verificación: HZ5AD1BVU8

Válido hasta: 27/01/2026

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:46:09 AM horas del 29/10/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1122239798**

Apellidos y Nombres: **CUBIDES MORENO JEIMY KAROLINA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 Barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30582 (Bogotá)
Resto del país: 018000 91 6112
E-mail: dijin.arai@
dijin.policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 29/10/2025 03:01:55 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1122239798** y Nombre: **JEIMY KAROLINA CUBIDES MORENO.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **125735073** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Villavicencio, 28 de octubre de 2025

Señores
CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
VILLAVICENCIO

ASUNTO: AUTORIZACION

Respetados Señores:

Yo JEIMY KAROLINA CUBIDES MORENO, identificada con cedula de ciudadania No. 1.122.239.798 el Retorno, por medio de la presente doy mi AUTORIZACION a la CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO y a la GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO DEL META para que realice la consulta de Inhabilidades Delitos Sexuales cometidos contra memores de 18 años Ley 1918 de 2018, expedido por la Policía Nacional, con el fin de ser aportado a la Convocatoria Entidades Privadas sin ánimo de lucro Régimen Especial No. GCSJ-RE-2256-2025.

Cordialmente,



JEIMY KAROLINA CUBIDES MORENO
C.C. 1.122.239.798 de Villavicencio
Cel 322 939 7159

Villavicencio, 28 de octubre de 2025

SEÑORES
CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
VILLAVICENCIO

Asunto: Carta de Compromiso y Disponibilidad

Respetados Señores:

Yo, JEIMY KAROLINA CUBIDES MORENO, identificada con cedula de ciudadania No. 1.122.239.798 el Retorno., manifiesto mi COMPROMISO Y DISPONIBILIDAD para desempeñarme en el cargo de TECNICO LABORAL POR COMPETENCIA - ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA para la CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO en el evento de ser adjudicado contrato con la Gobernación del Departamento del Meta.

Lo anterior la expido como requisito de la Convocatoria Entidades Privadas sin Ánimo de Lucro Régimen Especial No. GCSJ-RE-2256-2025.

Cordialmente,



JEIMY KAROLINA CUBIDES MORENO
C.C. 1.122.239.798 de Villavicencio
Cel 322 939 7159

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CUBIDES MORENO JEIMY KAROLINA** identificado(a) con **CC** número **1.122.239.798** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 08 de septiembre de 2021 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCION MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 10 de diciembre de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** –
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.walkvox.com/clicktocall/proteccion/**

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del **BENEFICIARIO al**	
CC 1122239798 JEIMY KAROLINA CUBIDES MORENO	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	**ACTIVO EN REGIMEN CONTRUBUTIVO EN**
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**4**
Fecha Afiliación:	**21/01/2025**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 10 de Diciembre de 2025 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A.

ARL | sura

Medellín, 12 de diciembre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que JEIMY KAROLINA CUBIDES MORENO identificado(a) con C1122239798 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C1122239798263462929O

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GOMEZ	MENDEZ	JEFFERSON ANDRES

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1,144,192,808

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( ) PAIS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1144192808 D.M 018

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 13 MES 02 AÑO 1996

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: VALLE DEL CAUCA

MUNICIPIO: FLORIDA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CONJUNTO RESIDENCIAL LA CABAÑA

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: META

MUNICIPIO: VILLAVICENCIO

TELÉFONO: 312 537 2811 EMAIL: andreswgmendez@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X

TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER TECNICO

FECHA DE GRADO: 30 DE NOVIEMBRE DE 2012

MES 12 AÑO 2012

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADEMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACION MES	TERMINACION AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	8	X		FISIOTERAPIA	11	2018	1144192808

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	contratacion@avivir.co

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3104012549	DÍA 0 1 MES 0 2 AÑO 2 0 2 5	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION
FISIOTERAPEUTA	ASISTENCIAL	FINCA VILLA LUNA VDA VANGUARDIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	contratacion@avivir.co

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DÍA 0 1 MES 1 0 AÑO 2 0 2 3	DÍA 3 1 MES 1 2 AÑO 2 0 2 3

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
FISIOTERAPEUTA	ASISTENCIAL	FINCA VILLA LUNA VDA VANGUARDIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	contratacion@avivir.co

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3104012549	DÍA 0 1 MES 0 2 AÑO 2 0 2 4	DÍA 3 1 MES 1 2 AÑO 2 0 2 4

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
FISIOTERAPEUTA	ASISTENCIAL	FINCA VILLA LUNA VDA VANRGURDIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
ACCIONES EFECTIVAS E INTEGRALES SAS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
BOGOTA	BOGOTA	actisasest@actisas.co

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
322 738 7673	DÍA 2 0 MES 1 0 AÑO 2 0 2 2	DÍA 2 9 MES 0 8 AÑO 2 0 2 3

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
FISIOTERAPEUTA RESPIRATORIOS		CARRERA 74 B No. 52A-89

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAIS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAIS*
MASTERSALUD TERAPIAS INTEGRADAS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
VALLE DEL CAUCA	SANTIAGO DE CALI	contabilidad@mastersalud.net

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6610954	DÍA 19 MES 08 AÑO 2021	DÍA 08 MES 07 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
FISIOTERAPEUTA		Calle 24 Norte No. 5AN – 47 VERSALLES

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAIS*
CLINICA DESA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
VALLE DEL CAUDA	SANTIAGO DE CALI	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3814161	DÍA 01 MES 02 AÑO 2021	DÍA 15 MES 07 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
FISIOTERAPEUTA	APOYO TERAPEUTICO	CALL 5D 38A-35 TORRE 1

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAIS*
HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
VALLE DEL CAUDA	FLORIDA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2840805	DÍA 01 MES 10 AÑO 2020	DÍA 30 MES 11 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
FISIOTERAPEUTA		

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACION DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
VALLE DEL CAUCA	FLORIDA	

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2640085	DÍA 01 MES 11 AÑO 2019	DÍA 30 MES 11 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
FISIOTERAPEUTA		CALLE 11 CARRERA 8 ESQUINA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
VALLE DEL CAUCA	FLORIDA	

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2640805	DÍA 15 MES 07 AÑO 2019	DÍA 31 MES 10 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
FISIOTERAPEUTA	APOYO TERAPEUTICO	CALLE 11 CARRERA 8 ESQUINA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SE (X) NO ( ) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.144.192.808**

GOMEZ MENDEZ

APELLIDOS

JEFFERSON ANDRES

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **13-FEB-1996**

FLORIDA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-FEB-2014 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-3100100-00571817-M-1144192808-20140513 0038480691A 1 42490274



1144192302

NOMBRES

APELLIDOS GOMEZ VIEN

PERTENECE A LA RESERVA DE

FECHA DE 1a LINEA	FECHA DE 2a LINEA	FECHA DE 3a LINEA
2026	2036	2046

FECHA DE EXPEDICION 30/01/2018

DISTRITO MILITAR 018

DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO DEL EJERCITO

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARÍA CANO

Jefferson Andrés Gómez Mendez

Fisioterapeuta

La República de Colombia y en su nombre
La Fundación Universitaria María Cano

[illegible]

[illegible]

DENOMINADO: [illegible]

PROGRAMA: [illegible]

MODALIDAD: [illegible]

CIUDAD: [illegible]

LUGAR: [illegible]

En la fecha y hora señalada se realizó Acto de Graduación presidido por el señor Rector Hugo Alberto Valencia Pérez - Rector y demás autoridades Centro Académico

Con el propósito de conferir el título de: [illegible]

A: Jefferson Andres Gomez Montoya identificado(a) con cédula: 1144152409

de: Cali, quien de haber cumplido satisfactoriamente los requisitos exigidos

por las normas legales, reglamentarios y aprobar el Proyecto de Grado:

Plan estratégico de mercadeo en salud enfocado hacia el Hospital Bernardo Ramos Gomez

Cartilla para fortalecer la atención del servicio público

Y previo juramento, el graduando se compromete a cumplir fiel y lealmente la Constitución, las leyes de la República y los deberes y obligaciones que le impone su profesión.

Copia de la presente Acta se entrega al interesado, para constancia, con sus firmas y sellos de seguridad.

En anterior, obedeciendo la autorización del Consejo Académico mediante Acta N° [illegible] del día 7 de junio de 2019

En constancia se firma esta Acta en la ciudad de Medellín, República de Colombia

Rector

Secretaria General

Decano de la Facultad

Graduando

Identificación Única del Talento Humano en Salud
FISIOTERAPEUTA

Jefferson **Andrés Gómez Méndez**
[redacted]192808
[redacted] Universitaria María Cano



Esta tarjeta es un documento público y se expide de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010. Es personal e intransferible.

Si esta tarjeta es encontrada por favor informar
al Colegio Colombiano de Fisioterapeutas: colegio@colfi.co



Firma Representante Legal

COLFI - 11433

Firma

La República de Colombia

y en su nombre la

Institución Educativa

"Absalón Torres Camacho"

Florida Valle del Cauca

Reconocida oficialmente por la Secretaría de Educación Departamental según Resolución No. 2814 del 6 de septiembre de 2002, modificada por Resolución No. 1112 del 17 de marzo de 2011.

Confiere a

Jefferson Andrés Gómez Méndez

Identificado(a) con T.I. No. 96021314444 Expedido en Cali

El Título de

Bachiller Técnico

Especialidad Mecánica Industrial

Por haber culminado su educación media y haber cumplido con todos los requisitos de promoción adoptados por el establecimiento educativo en su Proyecto Educativo Institucional de acuerdo con la ley y las normas vigentes.

Rectora

Secretaria

Este Diploma se registró en la Secretaría de Educación Municipal de Florida Valle del Cauca según Acta No. 0214 de 2012

Anotado en el control interno del plantel en

Libro No. 06 Folio No. 254 Diploma No. 1452

Dado en Florida, a 30 de Noviembre del año 2012

INSTITUCIÓN EDUCATIVA
"GRANJA TORRES CAMACHO"

Acta de Grado

BACHILLER TÉCNICO
ESPECIALIDAD MECÁNICA INDUSTRIAL

GÓMEZ MENDEZ JEFERSON ANDRÉS

AYUDANDO A VIVIR EAT

Descubre la grandeza dejando huella en el corazón de un niño

AYUDANDO A VIVIR E.A.T
NIT 822.005.547-1

CERTIFICA QUE:

El Dr. **JEFFERSON ANDRES GOMEZ MENDEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 1.144.192.808 de Cali, presto sus servicios profesionales de fisioterapia a la población con discapacidad física y/o cognitiva de la siguiente manera:

- Contrato de prestación de servicios del 01 de octubre de 2023 al 31 de diciembre de 2023
- Contrato de prestación de servicios del 01 de febrero de 2024 al 31 de diciembre de 2024
- Contrato de prestación de servicios del 02 de febrero de 2025 hasta la fecha.

La presente se expide a los cinco (05) días del mes de septiembre del 2025 a solicitud de la interesada.

Cordialmente

JANNETH CONSTANZA GARNICA
DIRECTORA EJECUTIVA

VERDES y SALUDABLES

HOSPITAL Benjamin Barney Gasca ESE

110-05-06-095-2021
Florida Valle, 19 de julio de 2021

EL HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT: 891.380.055-7
FLORIDA – VALLE
A PETICION DEL INTERESADO

C E R T I F I C A

Que una vez revisados los archivos de la oficina de Talento Humano, se encontró que el señor **JEFFERSON ANDRES GOMEZ MENDEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.144.192.808 expedida en Cali Valle, ha prestado sus servicios en nuestra organización como **FISIOTERAPEUTA PARA LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC-2019** como se detalla a continuación:

Contrato de prestación de servicios

15 de Julio al 31 de Octubre de 2019	Contrato No. 20-09-08-241-2019
01 de nov al 30 de nov de 2019	OTROSI Contrato No. 20-09-08-241-2019
01 de octubre al 30 de Nov de 2020	Contrato No. 20-09-08-310-2020

Que por tratarse de **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**, el mismo no constituye vinculo laboral alguno entre el contratista y el Hospital Benjamin Barney Gasca ESE.

La presente certificación se expide a petición del interesado y para trámites personales, en Florida Valle a los diecinueve (19) días del mes de julio de 2021.

GUSTAVO GOMEZ
Subgerente Administrativo y Financiero

Proyectó y elaboró: Milton Fabian Jiménez -Auxiliar administrativo.
c c carpeta certificados laborales y de contratos 2021

CLÍNICA DESA

LA COORDINACIÓN DE GESTION DE TALENTO HUMANO DE

CLINICA DESA S.A.S

Nit. 900.771.349-7

CERTIFICA QUE:

El señor(a) **GOMEZ MENDEZ JEFFERSON ANDRES**, identificado (a) con cédula de ciudadanía número **1.144.192.808,** laboró con nosotros desde el 01 de Febrero de 2021 hasta el día 15 de Julio 2021, con un contrato a término Fijo inferior a un año desempeñando el cargo de **FISIOTERAPEUTA,** apoyando el área de **APOYO TERAPÉUTICO** su última asignación salarial fue de **UN MILLÓN OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE ($1.863.000).** Más auxilio de Alimentación No constitutivo de Salario equivalente a **CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($400.000).**

En constancia se firma en Santiago de Cali a los Quince (15) días del mes de Julio 2021.

Cordialmente,

CLÍNICA DESA S.A.S.
NIT. 900.771.349-7

JENIFFER TRIANA TORRES
Coordinadora Gestión Talento Humano

Marcela A

CERTIFICAR

Que el señor **JEFFERSON ANDRES GOMEZ MENDEZ,** identificado (a) con la cedula de ciudadanía No. 1.144.192.808 de Cali (Valle), presto sus servicios como FISIOTERAPEUTA, con un contrato de prestación de servicios como profesional independiente, desde el 19 de Agosto de 2021 hasta el 08 de julio de 2022.
Durante este tiempo ha demostrado ser una persona responsable y cumplidora de sus obligaciones.

Para constancia de lo anterior, se firma en Santiago de Cali a los (09) nueve días del mes de agosto del año dos mil veintidós (2022) a solicitud del interesado.

Atentamente,

MasterSalud
Terapias Integradas S.A.S
Nit. 800 193 775 0

CINDY LORENA CARDONA SARRIA
Contadora

ACCIONES EFECTIVAS E INTEGRALES SAS
ACTISAS NIT. 900.978.700-1

CERTIFICACION

Que el(la) señor(a) **JEFFERSON ANDRES GOMEZ MENDEZ** identificado con Cedula de Ciudadania número **1.144.192.808**, labora(o) en nuestra compañia a partir del **jueves, 20 de octubre de 2022** hasta el **martes, 29 de agosto de 2023**, mediante un contrato de trabajo por el término que dure la **OBRA O LABOR**, desempeñándose en el cargo de **TERAPEUTA RESPIRATORIA** con una asignación mensual de **$ 1.870.000** y por **OTROS CONCEPTOS**, auxilios no constitutivos de salario, Un valor de **$ 300000.**

La presente certificación se expide en Bogotá, a solicitud del interesado el **martes, 29 de agosto de 2023**.

Atentamente,

ACCIONES EFECTIVAS E INTEGRALES SAS. "ACTISAS".

Nota: La presente certificacion no es valida para Embajadas, Consulados, ni para diligencias Judiciales.

cc. Hoja de Vida
Cargo: TERAPEUTA RESPIRATORIA
Nomina DUMIAN TULUA
Elaboró: AAMM

Carrera 74 B No. 52 A – 69 Barrio Normandia Bogota D.C. – Colombia
Correo electronico: [redacted] Celular: 3227387673

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *
Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *
1144192808

Primer Nombre
Jefferson

Primer Apellido
Gomez

Confirme los números de la Imagen *
3879

Cambiar
1610

Resultado General -2025-09-15--4:10:37 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1144192808	JEFFERSON	ANDRES	GOMEZ	MENDEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los articulos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JEFFERSON ANDRES GOMEZ MENDEZ identificado(a) con CC 1144192808 registra La siguiente información:

2025-09-15 -4:10:37 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer	Acto Administrativo	Entidad Reportadora

Programa	Obtención Título	Ocupación	Ejercer Acto Administrativo	Administrativo	
UNV	Local	FISIOTERAPIA	2019-06-18	7308	Colegio Colombiano de Fisioterapeutas - COLFI

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matricula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

FORMARE

CENTRO DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN CONTINUA

CONSTANCIA DE ASISTENCIA

Centro de Capacitación y Formación Continua,
con autorización para prestar servicios educativos para el trabajo y desarrollo humano,
en cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1075 de 2015.

Hace constar a:

Jefferson Andres Gómez Méndez

Identificado (a) con Cédula de ciudadanía No 1144192808 de Cali
Cursó y aprobó exitosamente de forma virtual con una intensidad horaria de 120 horas

Atención integral a victimas de la violencia sexual

María Fernanda Rodrigue A.

María Fernanda Rodriguez Agudelo
Directora
Nit : 31790630-1

En constancia se firma Tuluá
(valle)24 de julio de 2025

Válido por dos(2) años a partir de la fecha

FORMANE

CENTRO DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN CONTINUA

CONSTANCIA DE ASISTENCIA

Centro de Capacitación y Formación Continua,
con autorización para prestar servicios educativos para el trabajo y desarrollo humano,
en cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1075 de 2015

Hace constar a:

Jefferson Andres Gómez Méndez

Identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No 1144192808 de Cali
Cursó y aprobó exitosamente de forma virtual con una intensidad horaria de 48 horas
en:

Gestión del duelo

María Fernanda Rodrigue A.

María Fernanda Rodriguez Agudelo
Directora
Nit : 31790630-1

En constancia se firma en Tuluá (valle) el día 24 de julio 2025.

Válido por dos(2) años a partir de la fecha

FORMARE

CENTRO DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN CONTINUA

CONSTANCIA DE ASISTENCIA

Centro de Capacitación y Formación Continua,
con autorización para prestar servicios educativos para el trabajo y desarrollo humano, en cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1075 de 2015.

Hace constar a:

Jefferson Andres Gómez Méndez

Identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No 1144192808 de Cali
cursó y aprobó exitosamente de forma virtual con una intensidad horaria de 48 horas
en:

Humanización en los servicios de salud

María Fernanda Rodríguez A.
María Fernanda Rodriguez Agudelo
Directora
Nit : 31790630-1

En constancia se firma en Tuluá (valle) 24 de julio 2025

Válido por dos(2) años a partir de la fecha

FORMARE

CENTRO DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN CONTINUA

CONSTANCIA DE ASISTENCIA

Centro de Capacitación y Formación Continua,
con autorización para prestar servicios educativos para el trabajo y desarrollo humano, en cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1075 de 2015.

Hace constar que:

Jefferson Andres Gómez Méndez

Identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1144192808 de Cali
Cursó y aprobó exitosamente con una intensidad horaria de 120 horas en:

Soporte Vital Básico - Avanzado
(Reanimación cerebro cardio pulmonar avanzado)

María Fernanda Rodrigue A.

María Fernanda Rodriguez Agudelo
Directora
Nit : 31790630-1

En constancia se firma Tuluá(valle) del 24 de julio 2025.

Válido por dos(2) años a partir de la fecha

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 15 de septiembre de 2025, a las 22:38:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1144192808
Código de Verificación	1144192808250915223811

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generado WEB

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 280493987

PIB
13:01:06
Hoja 1 de 01

Bogotá DC. 15 de septiembre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JEFFERSON ANDRES GOMEZ MENDEZ identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1144192808:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

OLGA LUCIA TIBOCHA CORTES
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (E)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S). SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:57:05 PM horas del 15/09/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **1144192808**
Apellidos y Nombres: **GOMEZ MENDEZ JEFFERSON ANDRES**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 (carrera Mariscal, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:30 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 39582 (Bogotá)
Fuera del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.usic@policia.gov.co

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia Informa:

Que siendo las 11:33:14 horas del 29/10/2025, el ciudadano identificado con cedula de ciudadanía No. 1144192808, Apellidos y Nombres GOMEZ MENDEZ JEFFERSON ANDRES

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y , con NIT 900963678-1 y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hubieren sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y el Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad vigente frente al tratamiento de datos.

http://inhabilidades.policia.gov.co/#/consulta

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1144192608 NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 15/09/2025 04:27 PM

Código Verificación: YK1OJZOWCW

Verifique en: 14/12/2025

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 29/10/2025 03:09:58 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1144192808** y Nombre: **JEFFERSON ANDRES GOMEZ MENDEZ.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **125736044** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Villavicencio, 28 de octubre de 2025

SEÑORES
CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
VILLAVICENCIO

Asunto: Carta de Compromiso y Disponibilidad

Respetados Señores:

Yo, JEFFERSON ANDRES GOMEZ MENDEZ, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.144.192.808 de Cali., manifiesto mi COMPROMISO Y DISPONIBILIDAD para desempeñarme en el cargo de FISIOTERAPEUTA para la CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO en el evento de ser adjudicado contrato con la Gobernación del Departamento del Meta.

Lo anterior la expido como requisito de la Convocatoria Entidades Privadas sin Ánimo de Lucro Régimen Especial No. GCSJ-RE-2256-2025.

Cordialmente,

JEFFERSON ANDRES GOMEZ MENDEZ
C.C 1.144.192.808 de Cali
Cel 322 416 8108

Villavicencio, 28 de octubre de 2025

Señores
CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
VILLAVICENCIO

ASUNTO: AUTORIZACION

Respetados Señores:

Yo JEFFERSON ANDRES GOMEZ MENDEZ, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.144.192.808 de Cali, por medio de la presente doy mi AUTORIZACION a la CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO y a la GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO DEL META para que realice la consulta de inhabilidades Delitos Sexuales cometidos contra memores de 18 años Ley 1918 de 2018, expedido por la Policía Nacional, con el fin de ser aportado a la Convocatoria Entidades Privadas sin ánimo de lucro Régimen Especial No. GCSJ-RE-2256-2025.

Cordialmente,

JEFFERSON ANDRES GOMEZ MENDEZ
C.C. 1.144.192.808 de Cali
Cel 322 416 8108

COOSALUD

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El usuario afiliado relacionado a continuación se encuentra a Su estado registrado en la EPS con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC 1144192808
Nombres:	JEFFERSON ANDRES GOMEZ MENDEZ
Tipo de afiliado:	Cotizante
Fecha de afiliación:	2025-03-01
Estado de afiliación:	Activo
Regimen:	Contributivo
Nivel de contribución:	A
Departamento - Municipio:	VALLE DEL CAUCA FLORIDA
Tipo de Sesión	IPS
IPS Atención	IPS Odontologica Santa Maria Clinica Odontologica

OBSERVACIONES:
ESTA CERTIFICACION NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.
La anterior certifcación se expide y firma el 2025-12-12 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2026-01-11

CARLOS TORRES SALAZAR

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JEFFERSON ANDRES GOMEZ MENDEZ identificado(a) con C.C No. 1.144.192.808, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 12 de diciembre del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo

ARL | sura

Medellín, 12 de diciembre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que JEFFERSON ANDRES GOMEZ MENDEZ identificado(a) con C1144192808 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C1144192808253462962 2

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
BEJARANO	ROLDAN	CLAUDIA PATRICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 40.390.272 | SEXO: F (X) M ( ) | NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) PAIS:

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO: D.M:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 03 MES 01 AÑO 1970

PAIS: COLOMBIA

DEPTO: META

MUNICIPIO: VILLAVICENCIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CRA. 12 No. 37-18 CASA 30

PAIS: COLOMBIA DEPTO: META

MUNICIPIO: VILLAVICENCIO

TELÉFONO: 321 3153549 EMAIL: dapabem0103@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACION BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TITULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES 12 AÑO 1990
										X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL, SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACION MES	TERMINACION AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		FONOAUDIOLOGA	12	1996	40390272/ 6852
TC	4	X		REGISTRO Y ADITORIA MEDICA	24	2007	

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACION DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	avivir2008@hotmail.com

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DÍA 01 MES 02 AÑO 2023	DÍA 31 MES 12 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION
FONOAUDIOLOGA	ASISTENCIAL	SECTOR CLUB DE TENNIS FINCA VILLA LUNA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	avivir2008@hotmail.com

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DÍA 17 MES 01 AÑO 2022	DÍA 31 MES 12 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION
FONOAUDIOLOGA	ASISTENCIAL	SECTOR CLUB DE TENNIS FINCA VILLA LUNA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	avivir2008@hotmail.com

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3104012549	DÍA 01 MES 08 AÑO 2021	DÍA 30 MES 12 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION
FONOAUDIOLOGA	ASISTENCIAL	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	avivir2008@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DÍA 0 8 MES 0 1 AÑO 2 0 2 0	DÍA 2 2 MES 1 2 AÑO 2 0 2 0

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
FONOAUDIOLOGA	ASISTENCIAL	SECTOR CLUB DE TENNIS FINCA VILLA LUNA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	avivir2008@hotmail.com

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DÍA 0 5 MES 0 2 AÑO 2 0 1 9	DÍA 2 3 MES 1 2 AÑO 2 0 1 9

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
FONOAUDIOLOGA	ASISTENCIAL	SECTOR CLUB DE TENNIS FINCA VILLA LUNA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	avivir2008@hotmail.com

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3104012549	DÍA 0 5 MES 0 2 AÑO 2 0 1 8	DÍA 2 3 MES 1 2 AÑO 2 0 1 8

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
FONOAUDIOLOGA	ASISTENCIAL	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	contratacion@avivir.co

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DÍA 23 MES 08 AÑO 2017	DÍA 30 MES 11 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
FONOAUDIOLOGA	ASISTENCIAL - DISCAPACIDAD	VDA VANGUARDIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
ASOLLANOS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	ASOLLANOSL.TDA@HOTMAIL.COM

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6705302	DÍA 06 MES 06 AÑO 2013	DÍA 30 MES 07 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
FONOAUDIOLOGA		CLL 17 J No. 37-16

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
HC Y OS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	HC-OS@HOTMAIL.COM

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6825200-6677078	DÍA 03 MES 03 AÑO 2011	DÍA 30 MES 03 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
FONOAUDIOLOGA		CALLE 20 No. 9-45 CAMOA

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
			COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
	DOMICILIARIO	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	AVIVIR2008@HOTMAIL.COM

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3104012549	DÍA 01 MES 02 AÑO 2014	DÍA 31 MES 02 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
FONOAUDILOGIA	ASISTENCIAL	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ASOCIACION CRECER		X	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6648493	DÍA 15 MES 03 AÑO 2009	DÍA 27 MES 12 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
FONOAUDIOLOGA		KM 20 No. 9-45 CAMOA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
IPS PREVENIR		X	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META		

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
333 3577	DÍA 15 MES 12 AÑO 2006	DÍA 15 MES 07 AÑO 2008

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
FONOAUDILOGA		

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	*PUBLICA*	*PRIVADA*	*PAIS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRONICO ENTIDAD*

TELEFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCION*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAIS*
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRONICO ENTIDAD*
META	VILLAVICENCIO	AVIVIR2008@HOTMAIL.COM

TELEFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
671 5980	DÍA 0 3 MES 0 8 AÑO 2 0 0 8	DÍA 0 5 MES 1 2 AÑO 2 0 0 8

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
FONOAUDIOLOGIA	ASISTENCIAL	CRA 39 No. 33B-25 BARZAL ALTO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAIS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRONICO ENTIDAD*

TELEFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAIS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRONICO ENTIDAD*

TELEFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	26	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	26	7

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI (X) NO ( ) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento VILLAVICENCIO, META 22 DE SEPTIEMBRE DE 2025

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



1.58 A+ F

CORPORACION UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

Personería Jurídica No. 2230 de 1982 ICFES

El Consejo Superior de la Corporación Universitaria Iberoamericana

Teniendo en cuenta que

Claudia Patricia Bejarano Roldan

C.C. 40.390.272 de Villavicencio

cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos, le confiere el título de:

Fonoaudióloga

En testimonio de ello, le otorga el presente Diploma que lo acredita como tal, refrendado con el sello de la Institución y en constancia firman:

Rector | *Director del Programa* | *Secretario General*

Dado en Santafé de Bogotá, D.C., República de Colombia a los 10 *días del mes de* Julio *de* 1995.

Registrado en folio veintiseis del Libro de Diplomas No. 5

Santafé de Bogotá, D.C. Julio 10 *de* 1995

1001

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

Acta de Grado : No. 829 /1996

En la ciudad de Bogotá, D. C., República de Colombia, a los catorce (10) días del mes de julio del año mil novecientos noventa y seis (1996) el Rector de la Corporación Universitaria Iberoamericana presidió la ceremonia de grado de:

CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN

con Cédula de Ciudadanía No. 40.390.272 de Villavicencio (Meta).

El presidente de la sesión tomó al graduando el siguiente juramento:

> Juráis ante Dios y prometéis a la Patria acatar y cumplir la Constitución y las Leyes de la República, mantener su independencia y libertades, ejercer vuestra profesión de acuerdo con las normas de la ética cristiana y cuidar y defender los principios filosóficos de la Institución.

Al manifestar cumplirlo y de conformidad con los Estatutos de la Corporación, Artículo 58 Literal M, por autorización del Consejo Superior le confirió el título de

FONOAUDIOLOGA

e hizo entrega del Diploma, que lo acredita como tal, refrendándolo con el sello de la Institución y las firmas respectivas.

En fe de lo anterior se firma la presente acta.

GLORIA EUGENIA ROJAS.
Secretaria General

REPÚBLICA DE COLOMBIA

EL

DEPARTAMENTO DEL META

Y

EL INSTITUTO

POLITÉCNICO AGROINDUSTRIAL

"Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano"

(Ley N° 1064 del 26 de julio de 2006)

Confiere al:

Claudia Patricia Bejarano Roldán

C.C. 40.380.272. De Villavicencio

EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

TÉCNICO

En:

Registro y Auditoria Medica

POR CUANTO CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE LAS ASIGNATURAS DEL ÁREA CON UNA INTENSIDAD DE 1200 HORAS

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Ley No. 1064 / Julio de 2.006

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACIÓN TECNICO

En la ciudad de Villavicencio a los 21 días del mes de Diciembre de 2.007, se reunieron con el fin de formalizar de certificación Técnica Laboral del estudiante **CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN,** identificado con cédula de ciudadanía número 40.390.272 de Villavicencio, los suscritos Rector, Miembros de la Junta Directiva, Profesorado y comunidad en general del Instituto Politécnico Agroindustrial aprobado según resolución No.1298 de 1996 emanada de la Secretaría de educación del Meta, y que rige en el desarrollo del proyecto educacional según lo estipulado en el capitulo 2 del código Nacional de Educación (Ley 115 de Febrero 8 de 1994 y ley 30 de Diciembre 28 de 1992) Ley 1064 de Julio 26 de 2006. "EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO".

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes en los diferentes niveles de programas de capacitación, se procede a otorgar el Certificado de Técnico en: **REGISTRO Y AUDITORIA MEDICA,** registrado con el serial No. 5163, al estudiante cuyos nombres apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN
C.C. 40.390.272. de Villavicencio

Se sustenta en el acta No. 24-01 de fecha **VEINTIUNO (21) DE DICIEMBRE de 2007**. Promoción que consta de **366** estudiantes certificados, comenzando con el serial **No. 4983** que corresponde a **GRACE KATERINE AMOROCHO SAAVEDRA,** del programa **CRIMINALISTICA Y PROCEDIMIENTO JURIDICO** y cierra con el serial **No. 5170** que corresponde a: **JOHANNA IVONNE REYES MORALES** del programa **REGISTRO Y AUDITORIA MEDICA**

En constancia se firma y sella la presente por los integrantes de la Junta Directiva del Instituto.

Dr. JOSE ALBERTO NIETO ROJAS
Presidente Ejecutivo.

Dr. OMAR GUALTEROS VILLARREAL
Rector.

Dr. WILSON SOTOMONTE CARRILLO
Director de Proyectos Institucionales.

OLGA LUCIA ALVARADO OLARTE
Directora Académica.

CLAUDIA MARCELA RUEDA OSSA
Secretaria General.

INSTITUTO SAN FRANCISCO DE FARNES

aprobación oficial No. 00675 Y 00680 de feb. 5/87, Ministerio Nacional de Educación

CONFIERE A

Claudia Patricia Bejarano Roldán

IDENTIFICADA CON: C.C. No. 40'390.272 de Villavicencio

EL TITULO DE:

BACHILLER ACADÉMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA VOCACIONAL, SEGÚN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

RECTOR RECTORIA

SECRETARIA

DADO EN Bogotá D. C. A, 3 DE Diciembre DE 1.990

ANOTADO AL FOLIO 94 LIBRO 2

ACTA DE GRADO

INSTITUTO SAN FRANCISCO DE FERNES

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. RESOLUCIÓN DIURNOS 003405, 003359 – RESOLUCIÓN NOCTURNO 003357, 003357 APROBACIÓN OFICIAL DIURNO 0075 DE FEB. 5/87 Y NOCTURNO 00680 DE FEB. 5/87

En la ciudad de Bogotá D. C. a los 3 días del mes de diciembre de 1.990, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado de bachillerato nocturno, los suscritos rectores y secretaria del INSTITUTO SAN FRANCISCO DE FARNES, con aprobación oficial No. 00675 y 00680 de feb. 5/87, del Ministerio Nacional de Educación, para otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación media vocacional, segun los planes y programas vigentes, se procedio a otorgar el titulo de BACHILLER ACADÉMICO, al graduando cuyo nombre, apellido y documento de identidad se relacionan a continuación :

CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN
C.C. No. 40'390.272 de Villavicencio

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 007 del 3 de diciembre de 1.990, que consta de 22 alumnos; comienza por el nombre de BAUTISTA RUIZ LILIANA y cierra con JOHANA IBÓN REYES MORALES, firmado y sellado por el Lic. HERINELDO GARCIA GARCIA (Rector) y ELSA DIAZ DE GARZÓN (Secretaria).

INSTITUTO SAN FRANCISCO DE FERNES
RECTORIA
RECTOR

INSTITUTO SAN FRANCISCO DE FERNES
SECRETARIA
SECRETARIA

R&A SMART HEALTH

HIMSS Analytics

Certificado otorgado a

CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN
Documento de identificación No. 40390272

por su asistencia el día 13 de junio al curso " Atención integral, en el ámbito de consulta externa, a víctimas de violencia sexual" y haber cumplido con los requisitos del Curso web. Intensidad 4 horas.

18 junio 2020

Sandra Inés Rozo B
CEO R&A Smart Health SAS

CONSULTORES
HSEQ OR'S

CERTIFICADO

CLAUDIA PATRICIA BEJARAÑO ROLDAN

CURSO DE BRIGADAS BÁSICO

Instructor:

HSEQ00003#

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

Hace constar que

CLAUDIA PATRICIA BEJARANO BEDOYA

Ha aprobado el curso de formación

ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL INSTITUTO POLITECNICO AGROINDUSTRIAL

LA SECRETARIA DE EDUCACION, CULTURA Y DEPORTE

EL INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACION TECNICA

Confieren a:

Claudia Patricia Bejarano Roldan

Diplomado como Técnico Especialista

en:

Salud Ocupacional

Por cumplir con los requisitos y reglamentos pertinentes de aprobación y convalidación académica otorgada en Villavicencio República de Colombia, Intensidad horaria 160 horas.

Dado en Villavicencio a los Veinte (20) días del mes de Febrero de 2015

AYUDANDO A VIVIR E.A.T
NIT 822.005.547-1

CERTIFICA QUE:

La señora **CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN** identificada con cedula de ciudadanía No. 40.390.272 de Villavicencio, presta sus servicios profesionales en el área **FONOAUDIOLOGA** según:

- Contrato de prestación de servicios 007 de 2017
- Contrato de prestación de servicios 002 de 2018
- Contrato de prestación de servicios 001 de 2019
- Contrato de prestación de servicios 001 de 2020
- Contrato de prestación de servicios 005 de 2021
- Contrato de prestación de servicios 001 de 2022
- Contrato de prestación de servicios 001 de 2023

La presente se expide a los veintidós (22) días del mes de enero del 2024 a solicitud de la interesada.

Cordialmente

JANNETH CONSTANZA GARNICA
DIRECTORA EJECUTIVA

AYUDANDO A VIVIR EAT
NIT. 822005547-1

CERTIFICA QUE:

La señora CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 40.330.272 de Villavicencio/Meta, ha prestado sus servicios profesionales de fonoaudiología a la población con discapacidad física y/o cognitiva de la siguiente manera:

- Contrato de prestación de servicios profesionales N° 007 de 2017 del 25 de agosto del 2017 al 30 de noviembre del 2017.
- Contrato de prestación de servicios profesionales N° 002 de 2018 del 06 de febrero del 2018 al 20 de diciembre del 2018.
- Contrato de prestacion de servicios profesionales N° 001 de 2019 del 05 de febrero del 2019 al 23 de diciembre del 2019.
- Contrato de prestación de servicios profesionales N° 001 de 2020 del 08 de enero del 2020 al 22 de diciembre del 2020.
- Contrato de prestación de servicios profesionales N° 001 de 2021 del 18 de enero del 2021 al 30 de julio del 2021.
- Contrato de prestación de servicios profesionales N° 004 de 2021 del 01 de agosto del 2021 al 30 de diciembre del 2021.
- Contrato de prestacion de servicios profesionales N° 001 de 2022 del 17 de enero del 2022 al 31 de diciembre del 2022.

La presente se expide a solicitud del interesado a los diez (10) días del mes de enero de 2023.

Cordialmente,

JANNETH CONSTANZA GARNICA
DIRECTORA EJECUTIVA

AYUDANDO A VIVIR EAT

descubre la grandeza dejando huella en el corazón de un niño

AYUDANDO A VIVIR E.A.T
NIT 822.005.547-1

CERTIFICA QUE:

La señora **CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN** identificada con cedula de ciudadanía No. 40.390.272 de Villavicencio, presta sus servicios profesionales en el área **FONOAUDIOLOGA** según:

- Contrato de prestación de servicios 007 de 2017
- Contrato de prestación de servicios 002 de 2018
- Contrato de prestación de servicios 001 de 2019
- Contrato de prestación de servicios 001 de 2020
- Contrato de prestación de servicios 005 de 2021

Actualmente con una asignación salarial de. un millón ciento sesenta y dos mil ochocientos ($1.162.800).

La presente se expide a los DOCE (12) días del mes de AGOSTO del 2021 a solicitud de la interesada.

Cordialmente,

JANNETH CONSTANZA GARNICA
DIRECTORA EJECUTIVA

Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 313 270 88 41 – 304 535 46 37
[redacted]
ayuda2005@hotmail.com

AYUDANDO A VIVIR E.A.T
NIT 822.005.547-1

CERTIFICA QUE:

La señora CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN, identificado con cedula de ciudanía No. 40.390.272 Villavicencio – Meta, presta sus servicios Profesional de FONOAUDIOLOGIA, desde el 05 de Febrero hasta el 20 de Dic de 2019, según orden de prestación de servicios No. 001 de 2019, por un valor de $2.120.000 (Dos millones ciento veinte mil pesos mcte)

La presente se expide a los cuatro (04) días del mes de enero de 2019, a solicitud de la interesada

Cordialmente

JANNETH CONSTANZA GARNICA
REPRESENTANTE LEGAL

AYUDANDO A VIVIR EAT

Descubre la grandeza dejando huella en el corazón de un niño

AYUDANDO A VIVIR E.A.T
NIT 822.005.547-1

CERTIFICA QUE:

La señora **CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN** identificada con cedula de ciudadanía No. 40.390.272 de Villavicencio, presto sus servicios profesionales de fonoaudiología a la población con discapacidad física y/o cognitiva de la siguiente manera:

- Contrato de prestación de servicios del 01 de febrero de 2014 al 31 de diciembre de 2014

La presente se expide a los cinco (05) días del mes de junio del 2024 a solicitud de la interesada.

Cordialmente

JANNETH CONSTANZA GARNICA
DIRECTORA EJECUTIVA



HC&OS
HEALTH CARE & OCUPATIONAL SECURITY

ASISTENCIA MEDICA Y SEGURIDAD OCUPACIONAL

A QUIEN INTERESE:

EL SUSCRITO GERENTE DE LA IPS

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN, identificada con la C. C. No. 40'390.272 de Villavicencio, labora en esta institución, desde el día 3 de marzo de 2011 a la fecha, desempeñando el cargo de FONOAUDIÓLOGA, y se encuentra vinculada por orden de servicio No. 02 de 2011. La Dra. CLAUDIA, se ha caracterizado por ser una profesional integra y cumplidora con las funciones asignadas.

En constancia, se firma a los 30 días del mes de marzo de 2015 a petición de la interesada.

Cordialmente,

HERNANDO HERNÁNDEZ TAUTIVA
Director Administrativo

AS-COM-ENV-20150324-0122

ASOLLANOS LTDA
Asesorias en Salud Ocupacional del Llano Ltda.
NIT. 822.002.491 - 4

CERTIFICA QUE:

La señora **CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN,** identificada con cedula de ciudadanía No. 40.390.272 expedida en Villavicencio – Meta; labora en nuestra Organización como **FONOAUDIOLOGA,** bajo la modalidad de Prestación de Servicios Profesionales, desde el 01 de Junio de 2013 hasta la fecha, devengando un salario mensual de Un millón seiscientos mil pesos mcte ($1.600.000)

La presente se expide en la ciudad de Villavicencio, a los veinticuatro (24) días del mes de marzo de dos mil quince (2015).

Cordialmente,

DIANA MORALES
Coordinación Administrativa
Asollanos LTDA

Ayudando a vivir E.A.T.

LA SUSCRITA DIRECTORA

CERTIFICA QUE

La señora CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN identificada con cédula de ciudadanía No. 40.390.272 de Villavicencio- Meta prestó sus servicios como Fonoaudióloga por orden de prestación de servicios No 16 del 3 de Agosto al 5 de Diciembre/2006, y segunda orden de prestación de servicios No 05 del 1 de Marzo/08 hasta la fecha.

La presente se expide a solicitud del interesado a los tres (03) días del mes de Septiembre de 2009.

Cordialmente,

Ayudando a vivir
Nits 900025141-1

JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA
Directora Ejecutiva

I.P.S. PREVENIR

NIT. 3.214.827-1

EL SUSCRITO GERENTE DE LA I.P.S.

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN, identificada con la cédula de ciudadanía No. 40'390.272, presto sus servicios profesionales como fonoaudióloga, en esta empresa desde el día 15 de diciembre de 2006 al 15 de julio de 2008.

Se expide a solicitud de la interesada a los 20 días del mes de septiembre de 2008.

Cordialmente,

YURI FIEDEL LOZANO SANCHEZ
GERENTE

Teléfono: 333 3577 Celular: 312 478 3182 - 312 512 0215 Bogota, D.C. - Colombia

GOBERNACIÓN DEL META

SECRETARIA DE SALUD

Carne de Inscripción

DEPARTAMENTO DEL META



CLAUDÍA PATRICIA BEJARANO ROLDAN

C.C. 40'390.272

Registro No. 6052 BOGOTA

FONOAUDIOLOGA

"La secretaria Seccional del departamento del Meta de Seguridad Social, Inspeccion, Vigilada y Control hace constar que el portador de este carne cumple con los requisitos legales para ejercer la profesion"

FECHA DE EXPEDICION
SEPTIEMBRE 2011

Secretaria Seccional de Salud

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalle

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 22/09/2025 09:35:11 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **40390272** y Nombre: **CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **123613768** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 280878426

PIB
09:30:40
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de septiembre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 40390272:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se derivan de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes**. El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodriguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S). SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 22 de septiembre de 2025, a las 09:31:46, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	40390272
Código de Verificación	40390272250922093146

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:32:28 AM horas del 22/09/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **40390272**

Apellidos y Nombres: **BEJARANO ROLDAN CLAUDIA PATRICIA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 sector Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 a.m. – 1:00 p.m. y
2:00 p.m. a 5:00 p.m.
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 39562 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail dijin.atencion
al.ciudadano@

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia Informa:

Que siendo las 11:21:28 horas del 29/10/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **40390272**
Apellidos y Nombres **BEJARANO ROLDAN CLAUDIA PATRICIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CORPORACION AYUDANDO A VIVIR** , con NIT **900963678-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *por medio de la cual se establece el registro de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones* y el Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad vigente frente al tratamiento de datos.

https://antecedentes.policia.gov.co:8083/consulta

MiVacuna

Covid-19

www.minsalud.gov.co

MiVacuna

Claudia

Bejarano

1030 [illegible] 242

Antigua	Dosis	Fecha	Laboratorio	Lote	Jeringa	Nombre vacunador	Firma vacunador
	1	28-OCT-2021	Pfizer	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	2	18-NOV-21	Pfizer	EL3503	EJE MOD	[illegible]	[illegible]




Conservelo



MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 40390272 NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 29/10/2025 11:27 AM

Código Verificación: G1UNA36PVE

Fecha Emisión: 27/01/2026

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 29/10/2025 03:05:41 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **40390272** y Nombre: **CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **125735557** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

CORPORACION
IBEROAMERICANA
DE PEDAGOGIA

Hace Constar Que

Claudia Patricia Bejarano Roldan

C.C. 40.390.272

Asistió y aprobó los estudios correspondientes al

CURSO

FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Con una intensidad de Cuarenta y Cinco (45) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Bogotá D.C. a los Diez (10) días del mes de Mayo del Año 2023
En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo 2015 Educación Informal Ministerio de Educación Art. 2.6.6.8.

JOSE LUIS RODRIGUEZ MURILLO
Director
Corporación Iberoamericana de Pedagogía

BRAYAN FELIPE TORRALBA CAÑON
ENFERMERO ESPECIALISTA EN EJERCICIO
FISIOPATOLOGIA Y SALUD

La autenticidad de este certificado se puede validar con el código del escaneo en: [illegible]

CORPORACION
IBEROAMERICANA
DE PEDAGOGIA
CIENCIA Y TECNOLOGIA

Hace Constar Que

Claudia Patricia Bejarano Roldan

C.C. 40.390.272

Asistió y aprobó los estudios correspondientes al

CURSO

FORMACIÓN EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad de Cuarenta y Cinco (45) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Bogotá D.C. a los Diez (10) días del mes de Mayo del Año 2023

La presente acorde del decreto 1075 del 26 de mayo 2015 Educación Informal Ministerio de Educación Art. 2.6.6.8

JOSE LUIS RODRIGUEZ MURILLO
Director
Corporación Iberoamericana de Pedagogía

ELIZABETH SANCHEZ CORTES
Enfermera especialista en gerencia en salud

La validez del certificado se puede adquirir con cruce del correo [illegible] en 5 días hábiles

CORPORACION
IBEROAMERICANA
DE PEDAGOGIA
CIENCIA Y EDUCACIÓN

Hace Constar Que

Claudia Patricia Bejarano Roldan

C.C. 40.390.272

Asistió y aprobó los estudios correspondientes al

CURSO

FORMACIÓN EN HUMANIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Con una Intensidad de Cuarenta y Cinco (45) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Bogotá D.C. a los Diez (10) días del mes de Mayo del Año 2023

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo 2015 Educación Informal Ministerio de Educación Art. 2.6.6.3

JOSE LUIS RODRIGUEZ MURILLO
Director
Corporación Iberoamericana de Pedagogía

BRAYAN FELIPE TORRALBA CAÑON
ENFERMERO ESPECIALISTA EN EJERCICIO
FISICO PARA LA SALUD

La validez del certificado se puede solicitar por medio del correo [illegible] en 5 días hábiles

Villavicencio, 28 de octubre de 2025

Señores
CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
VILLAVICENCIO

ASUNTO: AUTORIZACION

Respetados Señores:

Yo CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN, identificada con cedula de ciudadanía No. 40.390.272 Villavicencio, por medio de la presente doy mi AUTORIZACION a la CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO y a la GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO DEL META para que realice la consulta de inhabilidades Delitos Sexuales cometidos contra memores de 18 años Ley 1918 de 2018, expedido por la Policía Nacional, con el fin de ser aportado a la Convocatoria Entidades Privadas sin ánimo de lucro Régimen Especial No. GCSJ-RE-2256-2025.

Cordialmente,

CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN
C.C. 40.390.272 Villavicencio
Cel 321 315 3549

Villavicencio, 28 de octubre de 2025

Señores
CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
VILLAVICENCIO

ASUNTO: AUTORIZACION

Respetados Señores:

Yo CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN, identificada con cedula de ciudadania No. 40.390.272 Villavicencio, por medio de la presente doy mi AUTORIZACION a la CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO y a la GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO DEL META para que realice la consulta de inhabilidades Delitos Sexuales cometidos contra memores de 18 años Ley 1918 de 2018, expedido por la Policía Nacional, con el fin de ser aportado a la Convocatoria Entidades Privadas sin ánimo de lucro Régimen Especial No. GCSJ-RE-2256-2025.

Cordialmente,

CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN
C.C. 40.390.272 Villavicencio
Cel 321 315 3549

Pensiones Obligatorias

porvenir

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A

En condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.144.331 - 3

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN, identificado(a) con cédula de ciudadania **40.390.272**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** desde el 01 de abril de 1995.

La presente certificación se expide el 10 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

En Porvenir nos transformamos pensando en tu comodidad, por esto, ponemos a tu disposición los canales digitales para que consultes y obtengas la información de tus productos.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
DIGSA SUBDIRECCIÓN TECNICA Y DE GESTION

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE AFILIACIÓN Y VALIDACIÓN DE DERECHOS

CERTIFICA

Consecutivo: 1968750

Que el (la) señor(a) SLP. ORLANDO ANTONIO AGUDELO FIGUEROA identificado(a) con Cédula de ciudadanía 18531462 pertenece al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (EJC) a través de CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES, su estado es Activo y como tal goza de los servicios médicos asistenciales aprobados en el Plan Integral de Salud mediante Acuerdo No. 002 del 27 de abril de 2001.

Beneficiario(s):

Nombres y Apellidos	Tipo	Documento	Parentesco	Plan afiliación	Estado
CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN	CC	40390272	COMPAÑER A(O)	Beneficiario	Activo

La presente certificación se expide como constancia de que el (la) mencionado(a) usuario(a) se encuentra ACTIVO(A) en la Base de Datos de afiliados y beneficiarios.

Que en razón de lo anterior su empleador o administrador de pensiones deberá dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 780 del 6 de Mayo de 2016, artículo 2.1.13.5, inciso 5 que a la letra reza: «[...] Cuando las disposiciones legales que regulan al régimen exceptuado o especial no prevén la afiliación de cotizantes distintos a los de su propio régimen, el cónyuge, compañera, o compañero permanente, incluyendo las parejas del mismo sexo, obligado a cotizar deberá afiliarse en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y los beneficiarios quedaran cubiertos por el régimen de excepción o especial. Si el régimen de excepcion no prevé la afiliación del grupo familiar o la composición del núcleo familiar según lo previsto en el presente decreto, el obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus beneficiarios se afiliarán a este último».

NOTA: ESTA CERTIFICACIÓN NO ES VÁLIDA PARA REALIZAR APORTES ANTE FOSYGA.

Dada en Bogotá D.C., el día 10 de diciembre de 2025.

Mayor JEUDIEL ESTEBAN ARAQUE PULIDO
Coordinador Grupo Gestión de la Afiliación (E)
Dirección General de Sanidad Militar

ELABORÓ: PORTALSIS

ARL | sura

Medellín, 12 de diciembre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que CLAUDIA PATRICIA BEJARANO ROLDAN identificado(a) con C40390272 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C403902722534629849

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

E.P.S. Sanitas

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Janneth Constanza Garnica Lozada, identificado(a) con CC número 40394338, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACION	CC 40394338
NOMBRES Y APELLIDOS	Janneth Constanza Garnica Lozada
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	16/01/1972
ESTADO DE LA AFILIACION	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACION	16 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	17/03/2022
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
REGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACION AL REGIMEN	17/03/2022
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 40394338 JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA Desde 01/04/2022 - Vigente

Generado por interfaces 10/12/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GARNICA	LOZADA	JANNETH CONSTANZA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 40.394.338

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( ) PAIS

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 16 MES 01 AÑO 1972

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: META

MUNICIPIO: VILLAVICENCIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: VDA VANGUARDIA

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: META

MUNICIPIO: VILLAVICENCIO

TELEFONO: 3045354637 EMAIL: jannethconstanzagarnicalozada@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACION BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TITULO OBTENIDO: Bachiller
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES 12 AÑO 1990
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	8	X		Profesional en Terapia ocupacional	07	1997	RG 3225

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	avivir2008@hotmail.com

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3104012549	DÍA 03 MES 08 AÑO 2002	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION
Terapeuta ocupacional	Habilitación/Rehabilitación	FCA VILLA LUNA VDA VANGUARDIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAIS
ASOCIACIÓN CRECER		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6648493	DÍA 02 MES 02 AÑO 1998	DÍA 04 MES 12 AÑO 2002

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
DOCENTE	EDUCACIÓN POR DIVERSIDAD FUNCIONAL	VDA VANGUARDIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAIS
FORMAR		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
6630772	DÍA 01 MES 03 AÑO 1998	DÍA 30 MES 06 AÑO 1998

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAIS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	26	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	26	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI (X) NO ( ) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Villavicencio. Meta del 22 de julio de 2024

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE

Villavicencio. Meta del 22 de julio de 2024

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

40.394.338
GARNICA LOZADA





15-ENE-1972
VILLAVICENCIO
META

1.58 A+ F



REPUBLICA DE COLOMBIA

EL NOTARIO SEGUNDO DE VILLAVICENCIO

CERTIFICA:

Que la presente fotocopia corresponde a su original que tuve a la vista.

Villavicencio, 11 JUN 1998

NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCULO

Alejandro Cardenas Tel.
NOTARIO 2da.
VILLAVICENCIO

FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN

"U M B"

PERSONERIA JURIDICA No 18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 2º DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

Janneth Constanza Garnica Lozada.

C.C. No. 40.394.338 Villavicencio (Meta)

EL GRADO **Profesional en Terapia Ocupacional.**

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADEMICOS Y LEGALES QUE LE ACREDITAN PARA EJERCER LA PROFESION.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA EN LA CIUDAD DE SANTAFE DE BOGOTA.

A LOS 11 DIAS DEL MES Julio DE 1997.

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

DECANO (A)

Fundación Universitaria Manuela Beltrán

Personería Jurídica No. 18.778 de Diciembre 15 de 1992
- MINEDUCACION -
REGISTRO PROFESIONAL No 002696

LA FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN "UMB"
CON PERSONERIA JURIDICA 18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL CERTIFICA QUE:

JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA
C.C. No 40.394.338 DE VILLAVICENCIO (META)

MEDIANTE ACTA No 142 LIBRO 1 FOLIO 142 DIA 11 DE JULIO DE 1997
RECIBIO EL TITULO DE:

PROFESIONAL EN TERAPIA OCUPACIONAL

DESPUES DE VERIFICADO EL CUMPLIMIENTO DEL RESPECTIVO PENSUM ACADEMICO Y DEMAS REQUISITOS LEGALES, SE PROCEDE A REALIZAR LA INSCRIPCION EN REGISTRO PROFESIONAL No 002696
DEL DIA 29 DE JULIO DE 1997

DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y CONTROL ACADEMICO

PERSONERIA JURIDICA No.18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 242 LIBRO No. 1 FOLIO No. 242

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME
A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

JUANITA CONSTANZA RAMIREZ LOZADA

C.C. No. 1.020.744.605 VILLAVICENCIO (META)

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR
LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD
RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE:

PROFESIONAL EN NEGOCIOS INTERNACIONALES

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN
U.M.B. Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIO A LA
ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESION
DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACION VIGENTE

EN CONSTANCIA DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN
LA CIUDAD DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS 23 DIAS DEL MES DE 07 DE 19 97

RECTOR

VICERRECTOR(A) ACADEMICO(A)

SECRETARIO GENERAL

ASESOR(A)

Resolución No: 3255 *de* 25 AGO. 1997

Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá

Por la cual se refrenda un TITULO para el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1575 de 1994 y Resoluciones 02095 de febrero 7 de 1994 y 449 de febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y,

CONSIDERANDO:

Que el(la) señor(a) GARNICA LOZADA JANNETH CONSTANZA identificado(a) con la cédula número 40394338 expedida en VILLAVICENCIO solicitó ante esta Secretaría la refrendación de su TITULO de PROFESIONAL EN TERAPIA OCUPACIONAL otorgado por LA FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN el 11/7/1997 y registrado en el libro 1 folio 142 año 1997.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que en virtud de lo expuesto este Despacho

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Refrendar el TITULO que autoriza a GARNICA LOZADA JANNETH CONSTANZA identificado(a) con la cédula número 40394338 expedida en VILLAVICENCIO para ejercer la profesión de PROFESIONAL EN TERAPIA OCUPACIONAL en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en cada geografía diferente a donde refrendó el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponda.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C. a los 25 AGO. 1997

Original Firmado por:
ANA MARIA PEÑUELA PUYANA

ANA MARIA PEÑUELA PUYANA
Directora de Desarrollo de Servicios de Salud

Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá, D.C.

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

"UNISANTAMARIA"

CERTIFICA QUE:

JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA

CON C.C.:40394838

REALIZO EL DIPLOMADO:

EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN EN SEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL, SEGURIDAD INDUSTRIAL, MEDIO AMBIENTE, PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD VIAL (PESV), RESPONSABILIDAD SOCIAL, GESTIÓN DE CALIDAD Y AUDITORIAS
"HSEQ"; ISO 9001/ ISO 14001/ ISO 27001/ ISO **35001/ ISO 45001/.**

da en Villavicencio, Meta a los Dos días del mes de octubre de 2023 Registrado en el Folio Grupal 13 del libro de actas No.23 Folio Individual 3992

SEQ

ALEXANDER OVIEDO TAYLOR
Director de Extensión y Educación Internacional

CONSULTORES
HSEQ OR'S

CERTIFICADO

JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA

CURSO DE BRIGADAS BÁSICO

Instructor:

HSEQ00002#

RA SMART HEALTH

MEJORAMIENTO INTEGRADO

CERTIFICA QUE



JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA

CC 40394338

Asistió al Taller de Política de Participación Social en salud
El dia 21 de Agosto de 2020

En la ciudad de Bogotá D.C

SANDRA MILENA CORAL
Auditor Internacional ISO

ASSOSALUD

Certifica que:

JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA

C.C. 40.394.338

Asistió a la Conferencia Virtual:

GESTIÓN INTEGRAL DE LOS RESIDUOS GENERADOS EN LA ATENCIÓN EN SALUD Y OTRAS ACTIVIDADES PGIRASA

Realizado en Bogotá D.C., el 03 de Diciembre de 2020 (2 Horas)

JORGE DIEGO ACOSTA CORREA.
Presidente

NARDA CAROLINA DELGADO ARANGO
Comité de Trabajo Académico

APOYANDO Y FORTALECIENDO EL GREMIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

ASSOSALUD

Certifica que:

JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA

C.C. 40.394.338

Asistió a la Conferencia Virtual:

¿QUÉ SE DEBE SABER SOBRE LOS PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN?

Realizado en Bogotá D.C., el 26 de Noviembre de 2020 (2 Horas)

JORGE DIEGO ACOSTA CORREA.
Presidente

NARDA CAROLINA DELGADO ARANGO
Comité de Trabajo Académico

APOYANDO Y FORTALECIENDO EL GREMIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

ASSOSALUD

Certifica que:

JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA

C.C. 40.394.338

Asistió a la Conferencia Virtual:

INFRAESTRUCTURA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Realizado en Bogotá D.C., el 19 de Noviembre de 2020 (2 Horas)

JORGE DIEGO ACOSTA CORREA.
Presidente

NARDA CAROLINA DELGADO ARANGO
Comité de Trabajo Académico

APOYANDO Y FORTALECIENDO EL GREMIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Asociación Nacional de Profesionales de la Salud

ASSOSALUD

(01) 639 105 369

Certifica que:

JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA

C.C. 40.394.338

Asistió a la Conferencia Virtual:

ACTUAL MANEJO DE BIOSEGURIDAD

Realizado en Bogotá D.C., el 12 de Noviembre de 2020 (2 Horas)

JORGE DIEGO ACOSTA CORREA.
Presidente

NARDA CAROLINA DELGADO ARANGO
Comité de Trabajo Académico

APOYANDO Y FORTALECIENDO EL GREMIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

ASSOSALUD

Certifica que:

JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA

C.C. 40.394.338

Asistió a la Conferencia Virtual:

GENERALIDADES DE LOS PRINCIPALES INDICADORES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Realizado en Bogotá D.C., el 10 de Diciembre de 2020 (2 Horas)

JORGE DIEGO ACOSTA CORREA.
Presidente

NARDA CAROLINA DELGADO ARANGO
Comité de Trabajo Académico

APOYANDO Y FORTALECIENDO EL GREMIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

El Gran Chef

• VILLAVICENCIO •

Otorga la presente

Certificación a:

JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA

CC. 40.394.338

Por su asistencia al:

TALLER DE GALLETAS NAVIDEÑAS

Duración de 5 horas

HANS AUGUST BRACHHOLZ SCHWENK

Director

2020 - 0135

Dado en Villavicencio, 28 de noviembre de 2020

En Convenio Comercial con:

A IS

Senti2

Otorgan el Presente Certificado a:

JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA

Por su participación en el Curso de Actualización

Integración Sensorial
"Identificación de Signos de Alarma y Estrategias en Ambientes Cotidianos"

Julio de 2020
Bogotá, Colombia
Duración: 5 Horas

René E. Sánchez
Therapy World Colombia

T.O Maria Carolina Maldonado
Facilitadora

TO Vivian Bustos
Senti2 IPS

CASECON SAS

Gestion Integral

Nit: [illegible]

Licencia [illegible] de 2019 Secretaria de Salud

Licencia [illegible] Ministerio de Transporte

CERTIFICACION EN:	PRIMEROS AUXILIOS
NOMBRES Y APELLIDOS:	JANNETH CONSTANZA GALNICA LOZADA
CEDULA DE CIUDADANIA:	40.194.338
FECHA DE VENCIMIENTO:	27/05/2020

Verificación en www.gestionintegralcasecon.com

CASECON SAS

Gestion Integral

Nit: 900.865.056-9

Licencia 557 3585 de 2019 Secretaria de Salud

Licencia 25701 Ministerio de Transporte

Verificación en www.gestionintegralcasecon.com

Click en ¡Descarga tu certificado!

Usuario: Primer nombre, espacio, primer apellido en minúsculas

Contraseña: Cedula de Ciudadanía sin puntos de mil

CASECON SAS

Gestión Integral

Licencia SST 5181 del 15 de Marzo de 2019

CERTIFICA A:

Janneth Constanza Garnica Lozada

EN SOPORTE VITAL BÁSICO

Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 40.394.338

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villavicencio (Meta), a los Seis (06) días del mes de Septiembre de 2019 con una intensidad de Diez (10) Horas Teórico - Practicas

JESUS ANTONIO LOPEZ RIVEROS
REPRESENTANTE LEGAL

JUAN SEBASTIAN LÓPEZ NIETO
CAPACITADOR

CASECON SAS

Gestión Integral

Licencia SST 5118 del 15 de Marzo de 2019

CERTIFICA A:

Janneth Constanza Garnica Lozada

EN PREVENCIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL

Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 40.394.338

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villavicencio (Meta), a los Cinco (05) días del mes de Septiembre de 2019 con una intensidad de Cuatro (04) Horas Teórico - Practicas

JESUS ANTONIO LOPEZ RIVEROS
REPRESENTANTE LEGAL

JUAN SEBASTIAN LOPEZ PRIETO
CAPACITADOR

CASECON SAS

Gestion Integral

Licencia SST 5581 del 15 de Febrero de 2019

CERTIFICA A:

Janneth Constanza Garnica Lozada

EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE EMERGENCIAS PARA BRIGADISTAS

Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 40.394.338

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villavicencio (Meta), a los Cuatro (04) días del mes de Septiembre de 2019 con una intensidad de Ocho (08) Horas Teórico - Practicas

JESUS ANTONIO LOPEZ RIVEROS
REPRESENTANTE LEGAL

JUAN SEBASTIAN LOPEZ PRIETO
CAPACITADOR

CASECON SAS

Gestión Integral

Licencia SST 5181 del 15 de Marzo de 2017

CERTIFICA A:

Janneth Constanza Garnica Lozada

EN EVACUACIÓN Y RESCATE

Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 40.394.358

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villavicencio (Meta), a los Tres (03) días del mes de Septiembre de 2019 con una intensidad de Ocho (08) Horas Teórico - Practicas

JESUS ANTONIO LOPEZ RIVEROS
REPRESENTANTE LEGAL

JUAN SEBASTIAN LÓPEZ PRIETO
CAPACITADOR

CASECON SAS
Gestión Integral
Licencia SST 5781 del 15 de Marzo de 2019

CERTIFICA A:

Janneth Constanza Garnica Lozada

EN MANEJO Y USO DE EXTINORES

Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 40.394.388

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villavicencio (Meta), a los Dos (02) días del mes de Septiembre de 2019 con una intensidad de Ocho (08) Horas Teórico - Practicas

JESUS ANTONIO LOPEZ RIVEROS
REPRESENTANTE LEGAL

JUAN SEBASTIAN LOPEZ PRIETO
CAPACITADOR

CAPACITACION EN MANIPULACION EN ALIMENTOS

CERTIFICA

Que **JANNETH CONSTANZA GARNICA**, identificada CC: 40394336, fue capacitada en Buenas prácticas de Manufactura y prácticas higiénicas de Manipulación de Alimentos, en el programa de capacitación continua de 10 horas, en cumplimiento de la Resolución 2674 de 2013,artículos 12 y 13 cap. III. Por lo tanto, se encuentra en capacidad de adoptar las precauciones y medidas preventivas necesarias para evitar la contaminacion o deterioro de los alimentos. Se expide el **15 de octubre de 2019.**

	MODULO I Contenido genérico BPM.	MODULO II Enfermedades transmitidas por alimentos (ETAS) fuentes de contaminación.	MODULO III Condiciones del establecimiento y del manipulador.
FECHA	11 DE OCTUBRE 2019	12 DE OCTUBRE 2019	12 DE OCTUBRE 2019
HORAS	5 HORAS	3 HORAS	2 HORAS
EMARIO	1. Introducción a la resolución 1674 de 2013. 2. Clasificación de los alimentos según su vida útil. 3. Clasificación de los alimentos según su función en el cuerpo. 4. Tipos de contaminantes. 5. Contaminación cruzada. 6. cadena de frio. 7. Proceso de Limpieza y Desinfección. 8. Sistemas de almacenamiento. 9. Separación en la fuente.	1. Cadena alimentaria. 2. Cinco (5) claves de la Inocuidad. 3. ETAS (alergia, intoxicación, infección). 4. Enfermedades más comunes. 5. Métodos para eliminar los microorganismos resistentes. 6. Principales fuentes de contaminación. 7. Errores en la manipulación de alimentos.	1. Condiciones del establecimiento donde se preparan los alimentos. 2. Condiciones del manipulador de alimentos. 3. Entes reguladores. 4. Análisis de riesgos y puntos criticos de control. (APPC) 5. Practicas Higiénicas.

JULIAN GONZALEZ ALVAREZ
Microbiólogo
Especialista en Administración en Salud
Auditor Interno ISO 22000 – 2005, por SGS
BPM – HACCP. Universidad Piloto de Colombia

Construyamos Conocimiento S.A.S

Janeth Constanza Garnica Zegada

I.E. COLEGIO TÉCNICO FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

XAS OLIMPIADAS DE NIÑOS Y NIÑAS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

OTORGA

a:

Institución Ayudando a Vivir

Por su constante y excelente participacion, compromiso, responsabilidad y colaboracion, en el desarrollo de las Olimpiadas de Niños, Niñas y Jovenes con Necesidades Educativas Especiales.

Dado en Villavicencio a los 7 de Octubre de 2016.

Juan Carlos Aristizabal
RECTOR

Lic. Rosalba Paez Castro
Rep. Comite Organizador

equidad
riesgos laborales

NIT 830 008 686-1

Certifica que:

JANETH GARNICA

C.C. No. 40394338

Asistió a la formación:

IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y VALORACIÓN DE RIESGOS

Intensidad horaria de Horas 4
Cursado y expedido en la ciudad de Villavicencio el dia 18 de Mayo de 2016.

SEGUROS CAMACOL | COOP
Somos una aseguradora cooperativa con sentido social

PROGRAMA ESPECIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA EXCELENCIA PEDAGÓGICA

proexcel

Otorga el presente Certificado a

JANNETH CONSTANZA GARNICA L.

Por su participación en el:

SEMINARIO

PSICOGRAFOMOTRICIDAD.

Las últimas herramientas prácticas para aplicar en el aula.

Intensidad: 4 horas

Realizado en el Hotel Napolitano.
Lugar: Salón Palmarito.
Sábado 7 de Junio de 2014
Villavicencio. (Meta.)

JORGE ENRIQUE IBAÑEZ R.
Director General

SEMINARIO TALLER

COOPERACIÓN INTERNACIONAL Y FORMULACIÓN DE PROYECTOS CON ÉNFASIS EN MARCO LÓGICO



Gobernación del Meta y Cámara de Comercio de Villavicencio

Certifican la asistencia de:

JANNETH CONSTANZA GARNICA

Identificada con C.C N°40394338

En el Seminario Taller de Cooperación Internacional y Formulación de Proyectos con énfasis en marco lógico

Villavicencio, 20 y 21 de marzo de 2014

Teletón
COLOMBIA

CERTIFICADO OTORGADO A:

Janneth Constanza Garnica Lozada

Identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No 40.394.338

Participó y Aprobó el Diplomado:

PROYECTO DE FORMACIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN INCLUSIVA VILLAVICENCIO - IBAGUÉ - NEIVA

Desarrollado con una Intensidad de 120 horas avalado académicamente por la Institución Universitaria Escuela Colombiana de Rehabilitación

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D.C. el día 26 de Abril de 2013

Paula Andrea López
Dirección Regional Centro
Fundación Teletón

Martha Isabel Botero
Rectoría
Escuela Colombiana de Rehabilitación

Paola Ximena Hernández
Jefe de Responsabilidad Social
Sodimac Colombia S.A

SUPEREDICIONES
DESARROLLA LA INTELIGENCIA

CONFERENCIA

CÓMO EDUCAR NIÑOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN,
ATENCIÓN DISPERSA, CON O SIN HIPERACTIVIDAD

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

A Yanmet Constanza Garnica Lazada

POR HABER ASISTIDO A LA CONFERENCIA:
"CÓMO EDUCAR NIÑOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN,
ATENCIÓN DISPERSA, CON O SIN HIPERACTIVIDAD"
DICTADA EL 11 DE AGOSTO DE 2012, CON UNA DURACIÓN DE DOS HORAS.

JORGE ELIÉCER GÓMEZ
DIRECTOR

SUPEREDICIONES
RENUEVA LA INTELIGENCIA

CONFERENCIA

EDUCAR CON PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA PNL

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

A Jannet Constanza Garnica Lozada

POR HABER ASISTIDO A LA CONFERENCIA:
"EDUCAR CON PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA PNL"
DICTADA EL 11 DE Agosto DE 2012, CON UNA DURACIÓN DE DOS HORAS.

JORGE ELIÉCER GÓMEZ
DIRECTOR

GOBERNACIÓN DEL
Meta

La Secretaría de Salud del Meta

Certifica Que:

CONSTANZA GARNICA

PARTICIPÓ DE MANERA ACTIVA EN

Política Pública en
CAPACIDAD

Realizado en la ciudad de Villavicencio el día 2 de Diciembre de 2011

Mónica del Pilar Anzola Roa
Secretaria Seccional de Salud del Meta

SECRETARIA DE SALUD

Mención Especial

Concedida a:

AYUDANDO A VIVIR

Como reconocimiento a su inigualable participación en el marco de la celebración del Décimo Cuarto Aniversario de la
ASOCIACIÓN CRECER

Dada en la Ciudad de Villavicencio, a los 11 días del mes de Diciembre de 2.009

Dra. YOLANDA TOLEDO PÉREZ
Directora

Libertad y Orden

Consejería Presidencial
de Programas Especiales

GOBERNACIÓN DEL Meta
Secretaría Social y de Participación

La Consejería Presidencial de Programas Especiales y la Gobernación del Meta

Certifican que:

Janeth Constanza Garnica

Asistió al Taller de Fortalecimiento de Redes Sociales de Apoyo a la Discapacidad en el proceso de construcción de la Política Pública de Discapacidad en lo Local. Octubre de 2008 – septiembre de 2009. Intensidad Horaria: 120 horas

Dado en Villavicencio a los 23 días del mes de septiembre de dos mil nueve.

Angela Ospina de Nicholls

Ángela Ospina de Nicholls
Consejera
Consejería Presidencial
de Programas Especiales

Elena María Flórez
Secretaria Social y de Participación





GOBERNACIÓN DEL META

Certifica que:

Constanza Garnica

Participó en el Primer Congreso Departamental de Discapacidad,
los dias 10 y 11 de Octubre de 2002

Jacobo Matus Diaz
Secretario de Salud del Meta

Martha Lucia Triana
Jefe Dpto. de Promoción y Prevención

Soluciones con la Gente Buena

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO
CLINICA SAN RAFAEL

Y EL

DEPARTAMENTO DE TERAPIAS Y REHABILITACION CARDIACA

CERTIFICAN QUE:

Janneth Constanza Garnica

ASISTIÓ A LA

I Jornada en Terapias y Rehabilitación Cardiaca.

Bogotá D.C., Febrero 16 de 2.001

Hno. EDILBERTO CASTILLO
Director General

Dr. EDGAR ORDOÑEZ MORA
Director Científico

Dra. LEONOR HERNANDEZ
Jefe Departamento Terapias y Rehabilitación Cardiaca

BIENESTAR FAMILIAR
Por el bien de todos

unicef
colombia

FUNDACION ANTONIO RESTREPO BARCO
Tejemos el mañana

FUNDACION FES

CERTIFICAN

Que JANETH CONSTANZA GARNICA LOZADA participó activamente como facilitador(a) para la institución en el desarrollo de todas las Etapas del *Proyecto de Autoevaluación, Fortalecimiento y Estándares de Calidad de los Procesos de Protección Integral.*

El presente se expide a los catorce días del mes de diciembre del año dos mil.

JUAN MANUEL URRUTIA
Director General ICBF

NELSON ORTIZ
Oficial de Derechos UNICEF

ANGELA MARÍA ROBLEDO
Directora Social Fundación Antonio Restrepo Barco
en representación de la Fundación FES

MONICA CASTAÑO URIBE
Coordinadora Nacional Proyecto

MARGARITA MARTINEZ
Coordinadora Area Niñez y Salud
Fundación Antonio Restrepo Barco

IMDER

INSTITUTO MUNICIPAL DE DEPORTE Y RECREACION "IMDER"

ALCALDIA PARTICIPATIVA
CIUDAD DE VILLAVICENCIO

ALCALDIA PARTICIPATIVA
CIUDAD DE VILLAVICENCIO

RECONOCIMIENTO

III Juegos Deportivos para Discapacitados, Villavicencio 98

A: YANETH CONSTANZA GARNICA

Por su espíritu deportivo al tomar parte en el evento en representación de CRECER durante los días 18, 19, 20 y 21 de noviembre de 1998.

CARLOS HERNÁN CARRILLO Z.
Director IMDER

OSCAR MARTÍNEZ MARTÍN
Director Deporte y Recreación

El Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

Facultad de Terapia Ocupacional

Otorga el presente

CERTIFICADO

A JANNETH GARNICA

Por su asistencia y participación en el SEGUNDO ENCUENTRO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL, realizado en la ciudad de Santa Fe de Bogotá, D.C., los días 9 y 10 del mes de Mayo de 1997.

Para constancia se firma en la ciudad de Santa Fe de Bogotá, D.C., República de Colombia,a los diez (10) días del mes de Mayo de mil novecientos noventa y siete (1997).

Doris Eugenia Cadena

Decana Facultad de Terapia Ocupacional
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

Yohanna Castillo A.

Presidenta Consejo Estudiantil Facultad de Terapia Ocupacional
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

Fundación Universitaria Manuela Beltrán

Certifica que

JANNEH GARNICA

Participó en la Jornada de Actualización en Terapia Ocupacional

en calidad de

ASISTENTE

Santafé de Bogotá D.C., Noviembre 15 de 1996

Dra. Alejandra Acosta H.
VICERRECTORA

Dra. Adriana Saavedra Bernal
DIRECTORA DE TERAPIA OCUPACIONAL

Dr. Juan Martín Blanco R.
DECANO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS

FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN

Certifica que:

JANNETH GARNICA

Participó en el Curso de

ACTUALIZACION EN SALUD MENTAL

en calidad de

ASISTENTE

Con una intensidad de 8 *horas.* MAYO/95

Santafé de Bogotá D.C.

Vicerrectora Académica

FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN

Certifica que:

JANETH GARNICA

Participó en el Curso de

MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE QUEMADO

en calidad de

ASISTENTE

Con una intensidad de 20 horas, 20/98

Santafé de Bogotá D.C.

Vicerrectora Académica

AYUDANDO A VIVIR EAT

Descubre la grandeza dejando huella en el corazón de un niño

AYUDANDO A VIVIR E.A.T
NIT 822.005.547-1

CERTIFICA QUE:

La Dra. JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA identificada con cedula de ciudadanía No. 40.394.338 de Villavicencio, presto sus servicios profesionales de TERAPEUTA OCUPACIONAL a la población con discapacidad física y/o cognitiva de la siguiente manera:

- Contrato a término indefinido desde el 03 de enero de 2003 hasta la fecha

La presente se expide a los cinco (05) días del mes de octubre de 2025 a solicitud de la interesada.

Cordialmente

MARIA ALEJANDRA SALCEDO LOPEZ
OFICIANA DE TALENTO HUMANO

CRECER

Centro de Rehabilitacion Capacitacion y Educación Especial

LA SUSCRITA DIRECTORA DEL CENTRO DE REHABILITACION CAPACITACION Y EDUCACION ESPECIAL

CERTIFICA:

Que la Doctora JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA, Identificada con cédula de ciudadanía No. 40.394.338 de Villavicencio, labora para esta Institución desde el pasado 2 de febrero de 1998 hasta la fecha. Desempeñando el cargo de TERAPEUTA OCUPACIONAL.

Realizando las siguientes funciones: Atención Individual y Grupal a Niños Especiales, Coordinación y Orientación de Talleres Prevocacionales y atención a pacientes en la modalidad de Consulta Externa.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada, dada en Villavicencio (Meta) El día 4 del mes de abril del dos mil dos.

Cordialmente,

YOLANDA TOLEDO PEREZ
DIRECTORA

Centro Terapeútico y de Atención Integral

Villavicencio

CERTIFICACIÓN

El [illegible] certifica que: La señorita: [illegible], identificada con la cédula de Ciudadanía No. 40'394.333 de Villavicencio, laboró para esta entidad como Terapeuta Ocupacional, desempeñándose como Terapeuta en una intensidad de horario de 8:00 a.m a 12:00 p.m y de 2:00 p.m a 6:00 p.m durante el período comprendido entre Septiembre 1 de 1997 a Noviembre 30 de 1997.

La presente se expide a petición de la interesada, a los 10 días del mes de Junio de 1998.

[illegible]
Directora.

FORMAR
Entidad Prestadora de Servicios Humanos E.P.S.H.

LA EMPRESA PRESTADORA DE SERVICIO HUMANOS FORMAR

HACE CONSTAR QUE :

La Doctora **JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA** identificada con cédula de ciudadania No 40.394.338 de Villavicencio , labora en esta empresa desde el primero de marzo del año en curso, desempeñándose como Terapeuta Ocupacional en un horario de 8:00 a 12:00 A.M. cumpliendo eficientemente con las funciones asignadas .

Se expide a solicitud de la interesada a los diez dias del mes de junio de 1.998.

SANDRA PATRICIA SANCHEZ PEÑA
Gerente

FORMAR
Entidad Prestadora de Servicios Humanos E.P.S.H.

GOBERNACIÓN DEL META
SECRETARIA DE SALUD
Carnet de Inscripción



JANNETH CONSTANZA
GARNICA LOZADA
C.C. 40.394.338
Registro No 3255 BOGOTA

"La Jefe del Departamento de Seguridad Social, Inspección, Vigilancia y Control hace constar que el portador de este carnet cumplió con los requisitos legales para ejercer la profesión"

FECHA EXPEDICIÓN
FEBRERO/2004

MONICA DEL PILAR ANZOLA ROA
Jefe Departamento de Seguridad Social
Inspección, Vigilancia y Control

DR. EDUARDO MENDEZ SASTOQUE
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Y CALIFICACION MEDICO LABORAL

CERTIFICADO MEDICO EXAMEN OCUPACIONAL

Resolución 2346 de 2007

Empresa: Arquitectos en Vivir

Primer apellido	Segundo apellido	nombre	No. Identificación
[illegible]		[illegible]	[illegible]

Edad	Cargo	Antigüedad	Día	Mes	Año
[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]

Tipo de Examen: Ingreso ☒ Periódico ☐ Cambio de labor ☐ Retiro ☐ Otro _____

Paraclínicos realizados

CONCEPTO

EXAMEN DE INGRESO	EXAMEN PERIODICO	EXAMEN DE RETIRO
✓ Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo	Satisfactorio	Satisfactorio
Presenta condiciones de salud que no afectan la capacidad laboral	Signos y síntomas de enfermedad general que deben ser valorados por la EPS	Con limitaciones de origen común que deben ser valoradas por la EPS
Presenta condiciones de salud que pueden comprometer su productividad	Se debe reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo	Secuela de accidente de trabajo
Presenta condiciones de salud que deben ser valoradas antes de ingresar	Secuela de accidente de trabajo	Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por la EPS
No cumple con los requisitos del perfil del cargo	Signos de enfermedad profesional que deben ser valorados por la EPS	Valoración medico laboral para ratificación y calificación

	SI	NO		SI	NO
Idoneo para manipulacion de alimentos			Requiere nueva valoracion Md. ocupacional		
Idoneo para trabajar en alturas			Debe ser Reubicado		
Idoneo para trabajar en espacios confinados			Requiere manejo por Rehabilitación		
Requiere nueva valoración medico laboral					

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

RECOMENDACIONES		SEGÚN IMC		MANEJO POR EPS/ARP	
Higiene postural	✓	Dieta		Remision a EPS para manejo	
Utilización de EPP		Ejercicio regular		Continuar manejo EPS	
Otro tipo de ayudas		Valoración nutricional EPS		Control Periódico PVP EPS	
Rotación puesto de trabajo		Descartar alteración metabolica		Remision a ARP	
Otro		Otro:		Otro	

Observaciones: [illegible]

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un caracter confidencial

Firma Medico Evaluador
Licencia No.

Firma Trabajador Evaluado
cc 40-394-33-2012

sigep II — Función Pública

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA

IDENTIFICADO CON: X C.E. T.I N° 40.394.338 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO
Dirección	SECTOR CLUB DE TENIS FINCA VILLA LUNA VANGUARDIA			Teléfonos	3045354637

TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANDRES FELIPE RAMIREZ GARNICA	1.121.964.092	HIJO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	50.400.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	4.704.000
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	555.104.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO BOGOTA	AHORROS		CENTAUROS	$ 200

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	DJU 706	32.000.000
VEHICULO	JSP 852	70.000.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO BOGOTA	TARJETA DE CREDITO Y CREDITO	7.000.000
BBVA	CREDITO VEHICULAR	60.000.000

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
AYUDANDO A VIVIR EAT	REPRESENTANTE LEGAL

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
AYUDANDO A VIVIR EAT	SOCIO

c)En la actualidad: SI X tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades economicas de caracter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Jennifer Gomez L.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Ibagué 22-01-2024

CIUDAD Y FECHA

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *
Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *
40394338

Primer Nombre
JANNETH

Primer Apellido
GARNICA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8846

Buscar

Resultado General -2024-02-10 -3:48:49 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	40394338	JANNETH	CONSTANZA	GARNICA	LOZADA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA identificado(a) con CC 40394338 registra la siguiente información:

2024-02-10 -3:48:49 PM

Información Académica

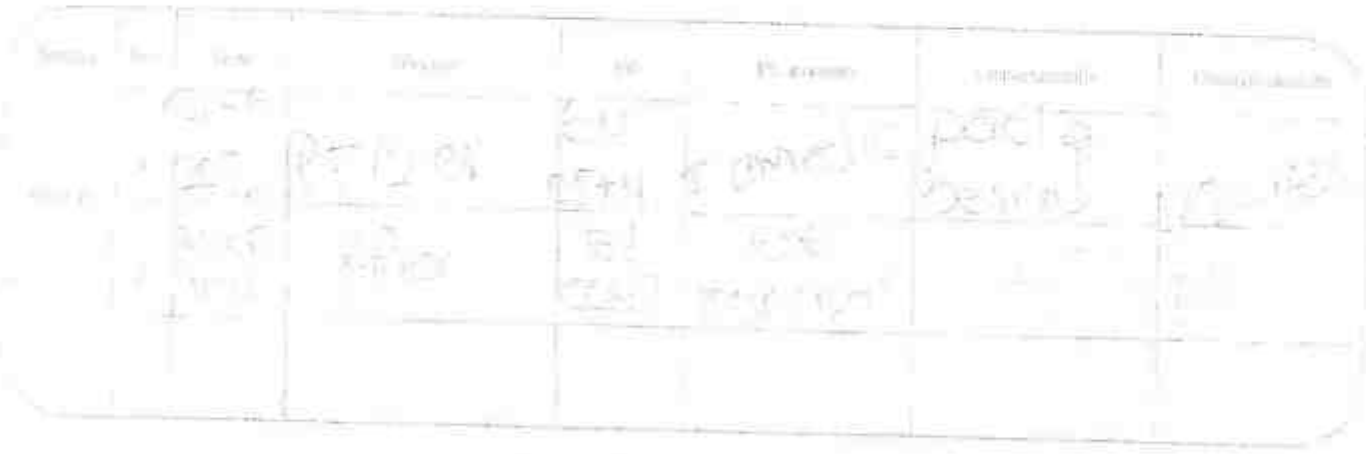
Tipo Programa	Origen Obtención	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer	Acto Administrativo	Entidad Reportadora

Programa	Selección Título	Ocupación	Fecha del Acto Administrativo	Administrativo	
UNV	Local	Terapia ocupacional	1997-08-25	3255	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y
tección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud,
sentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de
orización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la
fesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Vacuna


Vacuna



Villavicencio, 15 de agosto de 2018

SEÑORES
UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN
BOGOTA – COLOMBIA

Asunto: Verificación de Titulo

Respetados señores:

Nos permitimos solicitar su valiosa colaboración con la verificación del título profesional en TERAPIA OCUPACIONAL de la Señora JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA, identificada con cedula de ciudadanía No. 40.394.338 de Villavicencio-Meta

Agradecemos su valiosa colaboración, se anexa copia del título y autorización de solicitud

Cordialmente,

ANDRES FELIPE RAMIREZ
AUXILIAR ADMINISTRATIVO

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

Personería Jurídica Resolución No 4970 del 2° de Diciembre de 2004
Registro 1735
Ministerio De Educación Nacional
Nit: 860517643-5
VIGILADA MINEDUCACIÓN

Bogota D.C. 24 de agosto de 2018

Señores
AYUDANDO A VIVIR
Bogota D.C.

Asunto: Verificación de Titulos Profesionales

Respetuoso Saludo

De acuerdo a su solicitud, le certificamos que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación, son egresados de la Universidad Manuela Beltrán.

JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA, Identificado (a) con cedula de ciudadania N° 40.394.338 en VILLAVICENCIO (META) Es egresado(a) con las siguientes especificaciones:

Titulo	Libro	Acta	Folio	Registro	Fecha de Grado
PROFESIONAL EN TERAPIA OCUPACIONAL	1	142	142	2696	11 DE JULIO DE 1997

Cualquier inquietud puede comunicarse con el Departamento de Registro y Control Académico al teléfono 5460600 Ext. 1370 o 1371.

Atentamente,

PIEDAD RODRIGUEZ RAMIREZ
Directora Registro y Control Académico

CERTINGENIERIA

NIT: 901766812-1

CERTIFICA QUE

IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N°40394338

Asistió al Curso de:

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS 28 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LORENA BONILLA
GERENTE

LORENA BONILLA
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACION DE ASISTENCIA ES UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACION DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACION INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL RESOLUCION 4successful DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SAL

CERTINGENIERIA

NIT: 901766812-1

CERTIFICA QUE

IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N°40394338

Asistió al Curso de:

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS 28 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LORENA BONILLA
GERENTE

LORENA BONILLA
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2350 DE 1995 PARA LA EDUCACION INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL RESOLUCIÓN 1356 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SAL

CERTINGENIERIA

NIT: 901766812-1

CERTIFICA QUE

IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N°40394338

Asistió al Curso de:

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS 28 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2023. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LORENA BONILLA
GERENTE

CERTINGENIERIA

LORENA BONILLA
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACION INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SAL

CERTINGENIERIA

NIT: 901766812-1

CERTIFICA QUE

IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N°40394338

Asistió al Curso de:

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS 28 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2023. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LORENA BONILLA
GERENTE

LORENA BONILLA
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2388 DE 1979 PARA LA EDUCACION INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL RESOLUCION 3100 DE 2019 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SAL

CERTINGENIERIA

NIT: 901766812-1

CERTIFICA QUE

IDENTIFICADO(A) CON CEDULA DE CIUDADANIA N°40394338

Asistió al Curso de:

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS 28 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2023. LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

LORENA BONILLA
GERENTE

LORENA BONILLA
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL RESOLUCIÓN 0312 DE 2019 ESTÁNDARES DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALU

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 283425765

PIB
11:44:44
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 29 de octubre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 40394338

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S). SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 29 de octubre de 2025, a las 11:42:35, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	40394338
Código de Verificación	403943382510291142 35

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WFR

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:03:53 PM horas del 15/09/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **40394338**

Apellidos y Nombres: **GARNICA LOZADA JANNETH CONSTANZA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 - 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 2:00 p.m. y 2:01 p.m. a 5:00 p.m.
Línea de atención ciudadana: 5159000 ext. 20562 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.ask-atc@policia.gov.co

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:49:46 horas del 29/10/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **40394338**, Apellidos y Nombres **GARNICA LOZADA JANNETH CONSTANZA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y**, con NIT **900963678-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 7/07/2018 *"por medio de la cual se establece el registro de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y el Decreto Reglamentario 753 del 03/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad vigente frente al tratamiento de datos.

https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 29/10/2025 03:12:06 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **40394338** y Nombre: **JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **125736300** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 40394338 NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS.

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 29/10/2025 03:37 PM

Código Verificación: LHECUBYRRS

Válido hasta: 27/01/2026

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Villavicencio, 28 de octubre de 2025

Señores
CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
VILLAVICENCIO

ASUNTO: AUTORIZACION

Respetados Señores:

Yo JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA, identificada con cedula de ciudadania No. 40.394.338 de Villavicencio, por medio de la presente doy mi AUTORIZACION a la CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO y a la GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO DEL META para que realice la consulta de inhabilidades Delitos Sexuales cometidos contra memores de 18 años Ley 1918 de 2018, expedido por la Policia Nacional, con el fin de ser aportado a la Convocatoria Entidades Privadas sin ánimo de lucro Régimen Especial No. GCSJ-RE-2256-2025..

Cordialmente,

JANNETH CONSTNZA GARNICA LOZADA
C.C. 40.394.338 de Villavicencio
Cel 3045354637

Villavicencio, 28 de octubre de 2025

SEÑORES
CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
VILLAVICENCIO

Asunto: Carta de Compromiso y Disponibilidad

Respetados Señores:

Yo, JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA, identificada con cedula de ciudadanía No. 40.394.338 de Villavicencio., manifiesto mi COMPROMISO Y DISPONIBILIDAD para desempeñarme en el cargo de TERAPEUTA OCUPACIONAL para la CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO en el evento de ser adjudicado contrato con la Gobernación del Departamento del Meta.

Lo anterior la expido como requisito de la Convocatoria Entidades Privadas sin Ánimo de Lucro Régimen Especial No. GCSJ-RE-2256-2025.

Cordialmente,

JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA
C.C. 40.394.338 de Villavicencio
Cel 3045354637

Medellín, 12 de diciembre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA identificado(a) con C40394338 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C403943382534628935

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JANNETH CONSTANZA GARNICA LOZADA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **40394338,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 12 de diciembre de 2025.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MATEUS	DE DIAZ	TERESITA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	SEXO	NACIONALIDAD	PAIS
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 21.175.294	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCION DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 1 1 MES 0 6 AÑO 1 9 6 0	CRA. 47 No. 43-57			
PAIS	COLOMBIA	PAIS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO	META	MUNICIPIO	VILLAVICENCIO		
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO	TELEFONO	312 328 0275	EMAIL	

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 5o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TITULO OBTENIDO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 1 2 AÑO 2 0 0 2

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA)
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	CONTRATACION@AVIVIR.CO

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DÍA 01 MES 02 AÑO 2025	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION
AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABAJO		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	corporayudandoavivir4@gmail.com

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
313 293 7853	DÍA 01 MES 11 AÑO 2024	DÍA 12 MES 31 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION
AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES		VEREDA VANGUARDIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS
ASOCIACIÓN CRECER		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	asocrecerth@gmail.com

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
314 333 7330	DÍA 01 MES 01 AÑO 2009	DÍA 31 MES 12 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION
AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES		KM 2 VIA ANTIGUA RESTREPO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA	PRIVADA	PAIS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	8	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	8	11

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI (X) NO ( ) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento VILLAVICENCIO 15 DE SEPTIEMBRE DE 2025

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

21.175.294

MATEUS DE DIAZ

TERESITA

Teresita Mateus de Diaz





11-JUN-1960

GUAMAL
(META)

1.58 A- F



REPUBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre

El Colegio

Liceo Bolívar

de Villavicencio

Autorizado por el Gobierno Departamental del Meta según Resoluciones 0786 de Octubre 5 de 1999 y 1286 de Octubre 31 de 2001

Confiere a

Teresita Mateus De Díaz

Identificado (a) con C.C. No. 21.175.294 de Acacias-(Meta)

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vacacional, Según los planes y programas vigentes

Rector

Secretario

Dado en Villavicencio a 22 de Junio de 2002

COLEGIO LICEO BOLÍVAR

"Educar Para Mejorar"

Aprobado por Resolución 0786 de 5 de octubre de 1999 Res 1286 de Octubre 31- 2001

Nit 800-175.899-7 S.E FOPO800. DANE 350001002890

ICFES PRESENCIAL 049890 – SEMIPRESENCIAL 092262

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Villavicencio a los Veintidós (22) dia (s) del mes de Junio de 2002 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoria del LICEO BOLÍVAR DE VILLAVICENCIO. Institución aprobada en el Nivel de Educación Básica Secundaria y Media Académica Modalidad Semipresencial autorizada por la Secretaria de Educación del Meta para otorgar el Titulo de BACHILLER ACADEMICO según Resolución 0786 del 05 Octubre de 1999.

Nombre. MATEUS DE DIAZ TERESITA
C.C. o T.I. No 21.175.294 Expedida en Acacias.(Meta)

Es fiel copia tomada del Acta original No. Veintinueve (29) de fecha 22 de Junio de 2002 que consta de Doscientos treinta (230) alumnos graduados que comienza con el nombre de ABRIL GUZMAN DORIS y se cierra con el nombre de ZAMORA EULEGELO ELOISA.

Firmada y Sellada por SANTANDER VARGAS SALAS Rector y JAIME ALBERTO FERNÁNDEZ TAVERA Secretario

Dado en Villavicencio, a los 22 días del mes Junio de 2002

RECTOR *SECRETARIO*

ALCALDÍA DE VILLAVICENCIO
SECRETARIA DE GOBIERNO
Y
CORJUVEMETA .

CERTIFICAN QUE:

TERESITA MATEUS DE DIAZ

C.C. No. 21.175.294

Asistió al Seminario - Taller dirigido a Servidores Públicos y Lideres Comunitarios, para
GENERAR Y PROMOVER EL RESPETO DE LOS DERECHOS HUMANOS Y
APLICACIÓN DEL DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO"
con una intensidad de 8 horas. Villavicencio, 4 de Febrero de 2005.

JUDY VICTORIA ROJAS FLOREZ
Secretaria de Gobierno

GERMAN CHAMARRO CARRILLO
Alcalde de Villavicencio

WILLIAM ANDRES GALINDO
Director Ejecutivo Corjuvemeta

Libertad y Orden
República de Colombia
Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada

Escort Security Ltda.

Escuela de Capacitación en
Vigilancia y Seguridad Privada

NIT 830.059.495-8

TERESITA MATEUS DE DIAZ

C.C. No. *21175294* de *ACACIAS*

Quien asistió y aprobó: *FUNDAMENTACION DE VIGILANCIA*

Con una intensidad horaria de: *100 HORAS*

Según Resolución No. *5907 del 08/02/2018* Realizado el: *9/23/2019*

Expedido en *BOGOTA D.C* el día *22* de *octubre* de *2019*

NC 65345

Nayibet

C79124

ALCALDIA DE VILLAVICENCIO
OFICINA DE PARTICIPACION CIUDADANA

LA ALCALDÍA DE VILLAVICENCIO
OFICINA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA
Y
CORPALLANOS

CORPALLANOS

CERTIFICAN

Que :

TERESITA MATEUS DE DÍAZ

21.175.294

Asistio al "PROGRAMA DE MEJOR GESTIÓN COMUNITARIA EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO", con una intensidad de 20 horas.

Se expide en Villavicencio a los 4 días del mes de diciembre de 2004

GERMAN GUTIERREZ MEJÍA
Director Oficina de Participación Ciudadana

GERMAN CHAPARRO CARRILLO
Alcalde de Villavicencio

LUIS FERNANDO DIAZ STEFENN
Director Ejecutivo Corpallanos

¡Villavicencio para Todos!

CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS RESTREPO – META
Institución de utilidad pública ley 1575 de 2012
Personería Jurídica No. 045 de 2003
NIT: 822006554-8

CERTIFICA QUE

TERESITA MATEUS DE DIAZ

C.C 21.175.294

ASISTIO Y APROBO

CAPACITACION REALIZADA EL DIA 17 DE NOVIEMBRE DEL 2018, SEGÚN APROBACION DE ACTA N° 045 AVALADO POR EL CONCEJO DE OFICIALES DE LA INSTITUCION Y REGISTRO ACADEMICO N° 2018-008 DEL DEPARTAMENTO DE CAPACITACION, CON UNA INTENSIDAD DE (08) OCHO HORAS. (VALIDEZ UN AÑO).

EN CONSTANCIA DE LO ANTERIOR SE FIRMA A LOS 18 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2018

NINI JOHANNA BOBADILLA
COMANDANTE

ESCUELA NACIONAL DE POLICIA GENERAL SANTANDER

ESCUELA DE CARABINEROS EDUARDO CUEVAS

CERTIFICA

Que: **TERESITA MATEUS DE DIAZ**

Asistió a la ESCUELA DE SEGURIDAD CIUDADANA "PROMOTORES DE SEGURIDAD CIUDADANA" realizada del 14 de junio al 06 de diciembre de 2003 Con una intensidad horaria de 120 Horas.

Villavicencio, Diciembre 06 de 2003

CR. LUIS HERNANDO RAMIREZ MENDOZA
Director Escuela

ALCALDÍA DE VILLAVICENCIO
SECRETARIA DE GOBIERNO

LA ALCALDÍA DE VILLAVICENCIO
SECRETARIA DE GOBIERNO
Y
CORPALLANOS

CORPALLANOS

CERTIFICAN QUE

TERESA MATEUS
21.175.294

Asistió al "PROGRAMA DE CONVIVENCIA CIUDADANA Y FORMACIÓN DE PROMOTORES COMUNALES EN VILLAVICENCIO META", con una intensidad de 30 horas.

Se expide en Villavicencio a los 6 dias del mes de diciembre de 2004

CLAUDIA RUJELES FLOREZ
Secretaria de Gobierno

GERMAN CHAPARRO CARRILLO
Alcalde de Villavicencio

LUIS FERNANDO [illegible]
Director Ejecutivo Corpallanos

¡Villavicencio para Todos!

FundiAmet

FUNDACIÓN INFANTIL DE AYUDA MUTUA COMUNITARIA

CERTIFICA QUE:

TERESITA MATEUS DE DIAZ

Identificado(a) con Cedula de Ciudadania No. 21.175.294 De: ACACIAS

ASISITIO AL CURSO DE:

EMPRENDIMIENTO SIN MIEDO EN

REPOSTERÍA AVANZADA

Con una duración de 40 horas

Dado en Villavicencio Meta a los 17 días del mes de Octubre de 2019

R.L. EDGAR ORLANDO SANCHEZ CIFUENTES

FUNDACION DE AYUDA MUTUA COMUNITARIA DEL META

NIT 900.073.708

DAVID ALEJANDRO VARGAS VÁZQUEZ

TECNICO SENA

CRECER
Asociación Sin Ánimo de Lucro

LA ASOCIACIÓN CRECER

CERTIFICA

Qué; TERESITA MATEUS DE DIAZ, identificada con cedula de ciudadanía No 21.175.294 Acacías (META), estuvo vinculado a la Institución desempeñándose como Servicios Generales, a través de contrato a término fijo inferior a un año desde el 01 de ENERO de 2009 hasta el 31 de Diciembre de 2017, con periodos de 11 meses cada uno.

A partir del 01 de Agosto de 2018 con contratos de prestación de servicios por periodos así:

FECHA INICIO: 01 DE AGOSTO 2018
FECHA TEMINACION: 31 DE DICIEMBRE DE 2018

FECHA INICIO: 01 DE ENERO DE 2019
FECHA TEMINACION: 28 DE FEBRERO DE 2019

FECHA INICIO: 01 DE MARZO 2019
FECHA TEMINACION: 10 DE JUNIO DE 2019

FECHA INICIO: 01 DE JULIO DE 2019
FECHA TEMINACION: 31 DE OCTUBRE DE 2019

OTROSI AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
FECHA INICIO: 01 DE NOVIEMBRE DE 2019
FECHA TEMINACION: 15 DE DICIEMBRE DE 2019

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
FECHA INICIO: 16 DE DICIEMBRE DE 2019
FECHA TEMINACION: 31 DE DICIEMBRE DE 2019

FECHA INICIO: 01 DE ENERO DE 2020
FECHA TEMINACION: 31 DE OCTUBRE DE 2020

OTROSI AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
FECHA INICIO: 01 DE NOVIEMBRE DE 2020
FECHA TEMINACION: 01 DE NOVIEMBRE DE 2020

Esta certificación se expide a solicitud (del/la) interesada(o) en la ciudad de Villavicencio el día 07 de Diciembre de 2021.

CRECER
ANGELICA MARIA SANCHEZ LOPEZ
TALENTO HUMANO

Kilómetro 2 Vía Antigua a Restrepo, Vereda Vanguardia.
Tel. 314 3337330
aboacrecer1@gmail.com
Villavicencio - Meta

AYUDANDO A VIVIR EAT

Descubre la grandeza dejando huella en el corazón de un niño

AYUDANDO A VIVIR E.A.T
NIT 822.005.547-1

CERTIFICA QUE:

La señora TERESITA MATEUS DE DIAZ, identificada con cedula de ciudadanía No. 21.175.294 de ACACIAS, presta sus servicios como Auxiliar de servicios generales, con niños, niñas, adolescente, jóvenes y adultos con discapacidad cognitiva desde el 01 de febrero de 2025 hasta la fecha

La presente se expide a los veinte días del mes de septiembre de 2025 a solicitud de la interesada para fines pertinentes

Cordialmente,

Cordialmente

JANNETH CONSTANZA GARNICA
DIRECTORA EJECUTIVA

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR
Con Esperanza, Amor y Trabajo

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
NIT 900.963.678-1

CERTIFICA QUE

La señora TERESITA MATEUS DE DIAZ, identificada con cedula de ciudadanía No. 21.175.294 de ACACIAS, presto sus servicios como Auxiliar de servicios generales, con niños, niñas, adolescente, jóvenes y adultos con discapacidad cognitiva desde el 01 de noviembre hasta el 31 de diciembre de 2024.

La presente se expide a los treinta y un días del mes de diciembre del 2024 a solicitud de la interesada para fines pertinentes

Cordialmente,

ANDRES FELIPE RAMIREZ G
REPRESENTANTE LEGAL

Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 310 401 25 49 – 313 2937853
corpoayudandoavivir4@gmail.com

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 25 de septiembre de 2025, a las 11:04:56, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	21175294
Código de Verificación	21175294250925110456

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 283427748

PIB
11:59:03
Hoja 1 de 01

Bogotá DC. 29 de octubre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) TERESITA MATEUS DIAZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 21175284:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se derivan de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodriguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCION :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VÁLIDO EN SU TOTALIDAD, VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:18:07 AM horas del 25/09/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **21175294**
Apellidos y Nombres: **MATEUS DE DIAZ TERESITA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección Avenida El Dorado # 75
– 25 sector Modelia Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 a.m. – 12:00 p.m. y
2:00 p.m. a 5:00 p.m.
Línea de atención al ciudadano
5159700 ext. 20582 (Bogotá)
Línea del país 018000 910 112
Email: dijin.ceac
atc@policia.gov.co

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia Informa:

Que siendo las 11:53:43 horas del 29/09/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **21175294**, Apellidos y Nombres **MATEUS DE DIAZ TERESITA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y** con NIT **900963678-1** a su solicitud para el aforamiento dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establecen el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores de edad, el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad vigente frente al tratamiento de datos.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 29/10/2025 03:16:43 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **21175294** y Nombre: **TERESITA MATEUS DIAZ.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **125736846** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Villavicencio, 28 de octubre de 2025

SEÑORES
CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
VILLAVICENCIO

Asunto: Carta de Compromiso y Disponibilidad

Respetados Señores:

Yo, TERISITA MATEUS DE DIAZ, identificada con cedula de ciudadanía No. 21.175.294 de Acacias, manifiesto mi COMPROMISO Y DISPONIBILIDAD para desempeñarme en el cargo de AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES para la CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO en el evento de ser adjudicado contrato con la Gobernación del Departamento del Meta.

Lo anterior la expido como requisito de la Convocatoria Entidades Privadas sin Ánimo de Lucro Régimen Especial No. GCSJ-RE-2256-2025.

Cordialmente,

Terisita Mateus de Diaz

TERISITA MATEUS DE DIAZ
C.C 21.175.294 de Acacias
Cel 312 328 0275

Villavicencio, 28 de octubre de 2025

Señores
CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
VILLAVICENCIO

ASUNTO: AUTORIZACION

Respetados Señores:

Yo TERISITA MATEUS DE DIAZ, identificada con cedula de ciudadanía No. 21.175.294 de Acacias, por medio de la presente doy mi AUTORIZACION a la CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO y a la GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO DEL META para que realice la consulta de inhabilidades Delitos Sexuales cometidos contra memores de 18 años Ley 1918 de 2018, expedido por la Policia Nacional, con el fin de ser aportado a la Convocatoria Entidades Privadas sin ánimo de lucro Régimen Especial No. GCSJ-RE-2256-2025.

Cordialmente,

Teresita Mateus de Díaz

TERISITA MATEUS DE DIAZ
C.C 21.175.294 de Acacias
Cel 312 328 0275

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) TERESITA MATEUS DE DIAZ identificado(a) con CC 21175294 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 15/03/2022

Estado de la Afiliación:	Vigente
IPS:	**SERVICIOS MEDICOS FAMEDIC SAS-VILLAVICENCIO-PGP**
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 12 días del mes 12 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Medellín, 12 de diciembre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que TERESITA MATEUS DE DIAZ identificado(a) con C21175294 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación valido por un mes:C2117529425346313O2

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GUTIERREZ	OSPINA	SANDRA MILENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 32894872	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DÍA 2 2 MES 0 7 AÑO 1 9 7 9		CLL 25 No. 19-53		
PAIS	COLOMBIA	PAIS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO	ATLANTICO	MUNICIPIO	VILLAVICENCIO		
MUNICIPIO	BARRANQUILLA	TELÉFONO	320 574 7215	EMAIL	

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 1 2 AÑO 1 9 9 7

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
Es (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRIA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	CONTRATACION@AVIVIR.CO

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DÍA 01 MES 02 AÑO 2025	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE PEDAGOGIA		VDA VANGUARDIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	CONTRATACION@AVIVIR.CO

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DÍA 01 MES 02 AÑO 2024	DÍA 31 MES 12 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE PEDAGOGIA		VDA VANRGUARDIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	AVIVIR2008@HOTMAIL.COM

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3104012549	DÍA 06 MES 02 AÑO 2023	DÍA 30 MES 12 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
SERVICIOS GENERALES		VDA VANGUARDIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	AVIVIR2008@HOTMAIL.COM

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DÍA 01 MES 02 AÑO 2022	DÍA 30 MES 12 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
SERVICIOS GENERALES		VDA VANGUARDIA

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAIS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	CONTRATACION@AVIVIR.CO

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DÍA 02 MES 08 AÑO 2021	DÍA 30 MES 12 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
SERVICIOS GENERALES		VDA VANGUARDIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	CONTRATACION@AVIVIR.CO

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DÍA 02 MES 01 AÑO 2021	DÍA 30 MES 12 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
SERVICIOS GENERALES		VDA VANGUARDIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	CONTRATACION@AVIVIR.CO

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DÍA 02 MES 01 AÑO 2019	DÍA 30 MES 12 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
SERVICIOS GENERALES		VDA VANGUARDIA

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAIS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO ENTIDAD

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCION

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAIS
AYUDANDO A VIVIR E.A.T		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	AVIVIR2008@HOTMAIL.COM

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
310 401 2549	DÍA 0 2 MES 0 1 AÑO 2 0 1 8	DÍA 3 0 MES 1 2 AÑO 2 0 1 8

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION
SERVICIOS GENERALES		VDA VANGUARDIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAIS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAIS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCION

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	7	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ( ) NO ( ) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Villavicencio 26 de septiembre de 2025

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS





El

Centro de Educación Básica No. 090

"Concentración Cevillar"

Barranquilla Atlántico

Aprobado por la Secretaría Nacional de Educación según Resolución No. 1540 de 1986

Otorga el

Sandra Milena Gutiérrez Espino

C.C. No. 1.045.681.xxx de Barranquilla

El título de

Bachiller Académico

Por cuanto ha hecho estudios y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media según los planes y programas vigentes

El Rector

El Registro de Diploma

Libro No. 01 Folio No. 03

Folio No. 03 No de Orden 36

Barranquilla 15 de Diciembre de 1997

Sandra Milena Gutiérrez Ospina

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

SANDRA MILENA GUTIERREZ OSPINA

Con Cedula de Ciudadania No. 32894872

Cursó y aprobó la acción de Formación

COCINA INTERNACIONAL.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los quince (15) días del mes de octubre de dos mil diecinueve (20/9)

Firmado Digitalmente por
CARLOS ALBERTO BARON SERRANO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CARLOS ALBERTO BARON SERRANO
Subdirector
CENTRO NACIONAL DE HOTELERIA, TURISMO Y ALIMENTOS
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

63289947 - 15/10/2019
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web https://certificados.sena.edu.co, bajo el número 4060019915 12CC32894872C.

SENA

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO NACIONAL DE HOTELERIA, TURISMO Y ALIMENTOS

CERTIFICA

Que SANDRA MILENA GUTIERREZ OSPINA identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 32894872 de Barranquilla, realizó y aprobó el curso de COCINA INTERNACIONAL. con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Bogotá, a los quince (15) días del mes de octubre de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por
CARLOS ALBERTO BARON SERRANO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CARLOS ALBERTO BARON SERRANO
Subdirector CENTRO NACIONAL DE HOTELERIA, TURISMO Y ALIMENTOS
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

SANDRA MILENA GUTIERREZ OSPINA

Con Cedula de Ciudadania No 32894877

Curso y aprobo la accion de Formacion

PASTELERIA.

con una duracion de 40 horas

Se hace presente en Cartagena a los veintiocho (28) dias del mes de agosto de dos mil diecinueve (2019)

Dado

0207/8672 - 28/08/2019

LA DIRECCION(ES)

La autenticidad de este certificado puede ser verificada bajo el No

SENA

REGIONAL ANTIOQUIA

EL COMPLEJO TECNOLOGICO PARA LA GESTION AGROEMPRESARIAL

CERTIFICA

Que SANDRA MILENA GUTIERREZ OSPINA identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 32894872 de Barranquilla, realizó y aprobó el curso de PASTELERIA, con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Caucasia, a los veintiocho (28) días del mes de agosto de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por

ANGIE CAROLINA TUNJANO GUTIERREZ
Subdirectora (E) COMPLEJO TECNOLOGICO PARA LA GESTION AGROEMPRESARIAL REGIONAL ANTIOQUIA

El presente certificado se puede verificar en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

SANDRA MILENA GUTIERREZ OSPINA

Con Cedula de Ciudadania No. 32894872

Cursó y aprobó la acción de Formación

COMPORTAMIENTO EMPRENDEDOR

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villavicencio, a los tres (3) días del mes de febrero de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por

BELISARIO GOMEZ PERDOMO
Subdirector
CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META
REGIONAL META

80518313 - 03/02/2022
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el repositorio electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 911700246339BCC32894872C..

SENA

REGIONAL META

EL CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META

CERTIFICA

Que SANDRA MILENA GUTIERREZ OSPINA identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 32894872 de Barranquilla, realizó y aprobó el curso de COMPORTAMIENTO EMPRENDEDOR con una intensidad horaria de Cuarenta y Ocho (48) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Villavicencio, a los tres (3) dias del mes de febrero de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por

BELISARIO GOMEZ PERDOMO
Subdirector CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META
REGIONAL META

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

SANDRA MILENA GUTIERREZ OSPINA

Con Cédula de Ciudadanía No. 32.894.872

Cursó y aprobó la acción de Formación

PROCESAMIENTO DERIVADOS LACTEOS

con una duración de 60 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villavicencio, a los veintinueve (29) días del mes de septiembre de dos mil once (2011)

Firmado Digitalmente por
MARIA INES HERNANDEZ RAMIREZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

MARIA INES HERNANDEZ RAMIREZ
SUBDIRECTOR
CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META
REGIONAL META

5136688 - 29/09/2011
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web: http://ecertificados.sena.edu.co, bajo el número 011709211879252[illegible]

101301 - 25

JAIBER YOBANY PRADA RUIZ
CC No. 1.121.819.180 de Villavicencio
Magister en Inocuidad Agroalimentaria
Capacitador en Manipulación de Alimentos

CERTIFICA

Que SANDRA MILENA GUTIERREZ OSPINA , identificado(a) con C.C No. 32664672
Realizo la capacitación en:
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS Y BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA,
el día 4 de febrero de 2025, con una intensidad de 5 horas.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado(a), el día 4 de febrero de 2025

JAIBER YOBANY PRADA RUIZ
CC No. 1.121.819.180 de Villavicencio
Magister en Inocuidad Agroalimentaria
Capacitador en Manipulación de Alimentos

101301 - 25

EMPRESA: PARTICULAR CIUDAD: VILLAVICENCIO

FECHA: 04 / 02 / 25 DPTO: META

NOMBRES Y APELLIDOS: SANDRA MILENA GUTIERREZ OSPINA

C.C. / T.I. / C.E: 32694872 CARGO: MANIPULADOR DE ALIMENTOS

EDAD: null TELEFONO: NO REGISTRA DIRECCION: VILLAVICENCIO

COPROLOGICO: Negativo CITOMEGALOVIRUS IGG: Negativo

TOXOPLASMA IGG: Negativo VDRL CUALITATIVO: Negativo

El portador del presente certificado en la piel que manipulamos un riesgo para la salud pública.

Apto Para Manipulacion De Alimentos

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

SANDRA MILENA GUTIERREZ OSPINA

Con Cedula de Ciudadania No. 32894872

Cursó y aprobó la acción de Formación

EJECUCION DE OPERACIONES PARA EL MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS SOLIDOS

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villavicencio, a los quince (15) días del mes de julio de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por
RAFAEL ANGEL AGUILERA MARTINEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
META - VILLAVICENCIO - COLOMBIA

RAFAEL ANGEL AGUILERA MARTINEZ
Subdirector (E)
CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META
REGIONAL META

61699366 - 15/07/2019
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en [illegible]

REGIONAL META

EL CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META

CERTIFICA

Que SANDRA MILENA GUTIERREZ OSPINA identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 32894872 de Barranquilla, realizó y aprobó el curso de EJECUCION DE OPERACIONES PARA EL MANEJO INTEGRAL DE RESIDUOS SOLIDOS con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Villavicencio, a los quince (15) días del mes de julio de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por
RAFAEL ANGEL AGUILERA MARTINEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
META - VILLAVICENCIO - COLOMBIA
RAFAEL ANGEL AGUILERA MARTINEZ
Subdirector (E) CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META
REGIONAL META

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el centro documental que se encuentra en la página web http://gestiondocumental.sena.edu.co
con el código 32894872

CASECON SAS

Gestión Integral

Licencia SST 5581 del 15 de Marzo de 2019

CERTIFICA A:

Sandra Milena Gutierrez Ospina

EN SOPORTE VITAL BÁSICO

Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 32.894.872

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villavicencio (Meta), a los Seis (06) días del mes de Septiembre de 2019 con una intensidad de Diez (10) Horas Teórico - Practicas

JESUS ANTONIO LÓPEZ RIVEROS
COORDINADOR

JUAN SEBASTIÁN LÓPEZ PRIETO
CAPACITADOR

CASECON SAS

Gestión Integral

Licencia SST 5581 del 15 de Marzo de 2019

CERTIFICA A:

Sandra Milena Gutierrez Ospina

EN PREVENCIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL

Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 32.894.872

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villavicencio (Meta), a los Cinco (05) días del mes de Septiembre de 2019 con una intensidad de Cuatro (04) Horas Teórico - Practicas

SERGIO ANTONIO LÓPEZ RIVEROS
REPRESENTANTE LEGAL

JUAN SEBASTIÁN LÓPEZ PRIETO
CAPACITADOR

CASECON SAS
Gestión Integral
Licencia SST 5581 del 15 de Marzo de 2019

CERTIFICA A:

Sandra Milena Gutierrez Ospina

EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE EMERGENCIAS PARA BRIGADISTAS

Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 32.894.872

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villavicencio (Meta), a los Cuatro (04) días del mes de Septiembre de 2019 con una intensidad de Ocho (08) Horas Teórico - Practicas

EDILBERTO ANTONIO LÓPEZ RIVEROS
REPRESENTANTE LEGAL

JUAN SEBASTIÁN LÓPEZ PRIETO
CAPACITADOR

CASECON SAS

Gestión Integral

Licencia SST 5581 del 15 de Marzo de 2019

CERTIFICA A:

Sandra Milena Gutierrez Ospina

EN EVACUACIÓN Y RESCATE

Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 32.894.872

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villavicencio (Meta), a los Tres (03) días del mes de Septiembre de 2019 con una intensidad de Ocho (08) Horas Teórico - Practicas

JESUS ANTONIO LOPEZ RIVEROS

JUAN SEBASTIÁN LÓPEZ PRIETO
CAPACITADOR

CASECON SAS

Gestión Integral

Licencia SST 5581 del 15 de Marzo de 2019

CERTIFICA A:

Sandra Milena Gutierrez Ospina

EN MANEJO Y USO DE EXTINORES

Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 32.894.872

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villavicencio (Meta), a los Dos (02) días del mes de Septiembre de 2019 con una intensidad de Ocho (08) Horas Teórico - Practicas

JOSÉ ANTONIO LÓPEZ RIVEROS

JUAN SEBASTIÁN LÓPEZ PRIETO
CAPACITADOR

[redacted]

CERTIFICADO

ASISTENCIA

CONSULTORES HSEQ OR'S CERTIFICA QUE:

SANDRA MILENA GUTIERRES OSPINA

32.894.872

PARTICIPO EN EL ENTRENAMIENTO DE:

CURSO DE BRIGADAS BÁSICO, CON 4 HORAS DE INTENSIDAD.

Realizado en Villavicencio

Entregado el 06 de Abril 2022.

CONSULTORES
HSEQ OR'S

[redacted]

Orlando Silva

CEO Consultores HSEQ OR'S

CC 80.1[illegible]

Instructor: [redacted]

Heiber Alexis Rojas Arguello

CC. 1121[illegible]

HSEQ00006#

[redacted]

AYUDANDO A VIVIR EAT

Cuidamos la sonrisa de cada niño en el corazón de su hogar

AYUDANDO A VIVIR E.A.T
NIT 822.005.547-1

CERTIFICA QUE:

La señora **SANDRA MILENA GUTIERREZ OSPINA**, identificada con cedula de ciudadanía No. 32.894.872 de barranquilla, laboro en **AYUDANDO A VIVIR E.A.T** como auxiliar de pedagogía, desarrollando curso de repostería y panadería y talleres de manualidades a la población con discapacidad física y/o cognitiva en las siguientes fechas:

- Contrato de prestación de servicios del 01 de febrero al 31 de diciembre de 2024
- Contrato de prestación de servicios del 01 de febrero de 2025 hasta la fecha.

La presente se expide a los veintiséis 26 días del mes de septiembre de 2025 a solicitud del interesado.

Cordialmente,

Angie Viviana Ariza Duran
Coordinador de Programas para la Discapacidad y Gestión del Talento.

AYUDANDO A VIVIR E.A.T
NIT 822.005.547-1

CERTIFICA QUE:

La señora **SANDRA MILENA GUTIERREZ OSPINA** identificada con cedula de ciudadanía No. 32.894.872 de B/QUILLA, presta sus servicios en el área de servicios generales según:

- Contrato de prestación de servicios 002 de 2018 con fecha de inicio del 2 de enero hasta 30 de diciembre del mismo año.
- Contrato de prestación de servicios 002 de 2019 con fecha de inicio del 2 de enero hasta 30 de diciembre del mismo año.
- Contrato de prestación de servicios 006 de 2020 con fecha de inicio 2 de enero hasta 30 de diciembre del mismo año.
- Contrato de prestación de servicios 006 de 2021con fecha 2 de enero hasta el 30 de diciembre del mismo año.
- Contrato de prestación de servicios 010 de 2022 con fecha de inicio 01 de febrero hasta el 30 de diciembre del mismo año.
- Contrato de prestación de servicios 009 de 2023 con fecha de inicio 06 de febrero hasta el 30 de diciembre del mismo año

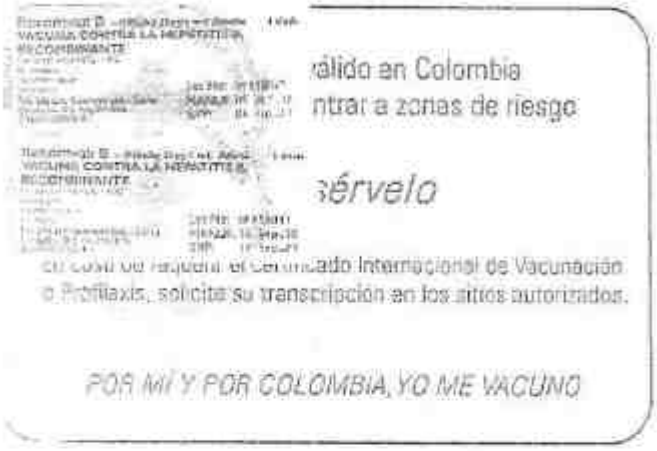
La presente se expide a los dieciocho (18) días del mes de enero del 2024 a solicitud de la interesada.

Cordialmente,

JANNETH CONSTANZA GARNICA
DIRECTORA EJECUTIVA

Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 3104012549

avivir2008@hotmail.com



válido en Colombia
ntrar a zonas de riesgo

ésérvelo

el cual se requiera el Certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MI Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Sandra

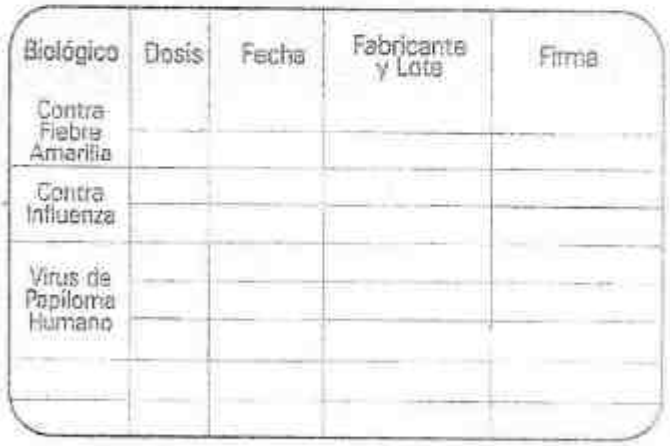
Apellidos: Gutierrez Ospina

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 32898372

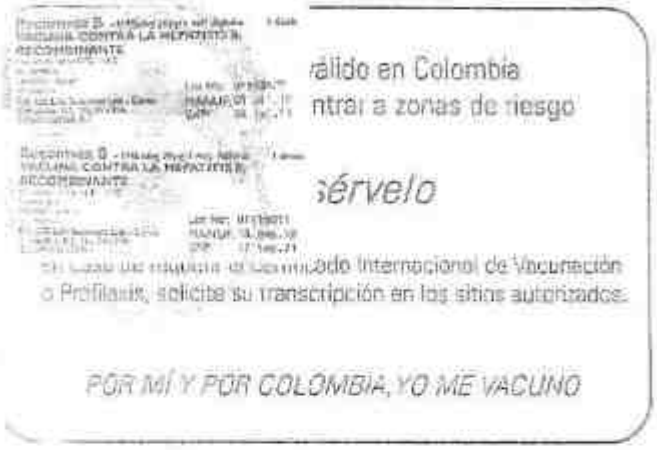
Fecha de nacimiento: Día 22 Mes 07 Año 1979



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
	1	25/10/2018	22153 MSICA Pfizer	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	2	06-08-19	22450206 Angelica	
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	06-08-19	Sanofi Pasteur	
	2	06-09-19	Jsanofi USA	
	3			
	R			



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				



...álido en Colombia
...ntral a zonas de riesgo

...ésérvelo

...do Internacional de Vacunación
o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

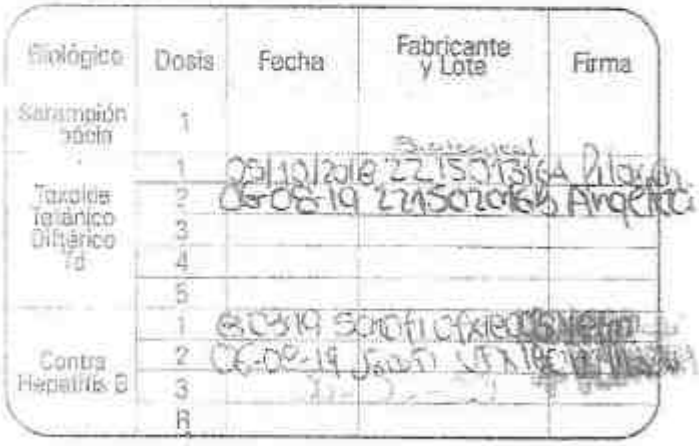
Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Sandra

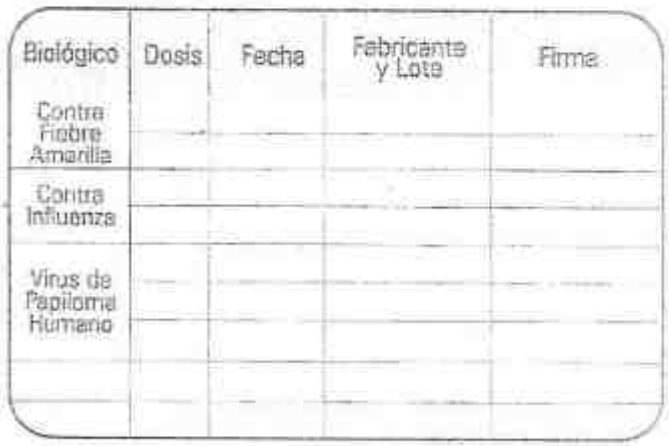
Apellidos: Gutierrez Ospina

Documento de identidad: CC. X TI. Pasaporte No. 32698832

Fecha de Nacimiento: Día 22 Mes 07 Año 1979



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión rubéola	1			
Toxoides tetánico Diftérico Td	1	25/10/2018	22150731GA Pfizer	
	2	06-08-19	22150206GA Arepkro	
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	06-09-19	Sanofi Pasteur	
	2	06-09-19	Sanofi Pasteur	
	3			
	R			



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				





101301 - 25

JAIBER YOBANY PRADA RUIZ
CC No. 1.121.819.180 de Villavicencio
Magister en Inocuidad Agroalimentaria
Capacitador en Manipulación de Alimentos

CERTIFICA

Que SANDRA MILENA GUTIERREZ OSPINA , Identificado(a) con C/C No. 32694672.
Realizó la capacitación en:
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS Y BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA,
el día 4 de febrero de 2026, con una intensidad de 5 horas.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado(a), el día 4 de febrero de 2026

JAIBER YOBANY PRADA RUIZ
CC No. 1.121.819.180 de Villavicencio
Magister en Inocuidad Agroalimentaria
Capacitador en Manipulación de Alimentos

101301 - 25

ORIGEN: PARTICULAR CIUDAD: VILLAVICENCIO

FECHA: 04 / 02 / 25 DPTO: META

NOMBRES Y APELLIDOS: SANDRA MILENA GUTIERREZ OSPINA

C.C. Y/O T.I.: 32594872 CARGO: MANIPULADOR DE ALIMENTOS

EDAD: null TELEFONO: NO REGISTRA DIRECCION: VILLAVICENCIO

COPROLOGICO:	Negativo	COPROPARASITOLOGICO:	Negativo
EXAMEN CLINICO:	Negativo	KOH DE UNAS:	Negativo

El paciente no presenta afecciones en la piel que represente un riesgo para la salud publica.

Apto Para Manipulacion De Alimentos

Firma del Medico

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 281324127

PIB
14:42:39
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 26 de septiembre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) SANDRA MILENA GUTIERREZ OSPINA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 32894872;

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones o inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se derivan de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñan funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodriguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S). SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 26 de septiembre de 2025, a las 14:43:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	32894872
Código de Verificación	32894872250926144325

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:44:15 PM horas del 26/09/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **32894872**

Apellidos y Nombres: **GUTIERREZ OSPINA SANDRA MILENA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 Barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 1:00 pm y 2:00 pm a 5:30 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 28582 (Bogotá)
Recibo del pago: 019030 910 112
Email: dijin.ane.gov.co
atencion@policia.gov.co

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las [illegible] horas del 29/10/2025, el ciudadano identificado con cedula de ciudadanía No. **32894872,**
Apellidos y Nombres **GUTIERREZ OSPINA SANDRA MILENA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CORPORACION AYUDANDO A VIVIR** , con NIT **900963678-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"* con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad vigente en el tratamiento de datos.

https://antecedentes.policia.gov.co:7005/consulta

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 32894872 NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 29/10/2025 12:25 PM

Código Verificación: TP12Z5XWBV

Válido hasta: 27/01/2026

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 29/10/2025 03:04:06 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **32894872** y Nombre: **SANDRA MILENA GUTIERREZ OSPINA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **125735370** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Villavicencio, 28 de octubre de 2025

Señores
CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
VILLAVICENCIO

ASUNTO: AUTORIZACION

Respetados Señores:

Yo SANDRA MILENA GUTIERREZ OSPINA, identificada con cedula de ciudadania No. 32.894.872 de Barranquilla, por medio de la presente doy mi AUTORIZACION a la CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO y a la GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO DEL META para que realice la consulta de inhabilidades Delitos Sexuales cometidos contra memores de 18 años Ley 1918 de 2018, expedido por la Policía Nacional, con el fin de ser aportado a la Convocatoria Entidades Privadas sin ánimo de lucro Régimen Especial No. GCSJ-RE-2256-2025.

Cordialmente,

SANDRA MILENA GUTIERREZ OSPINA
C.C. 32.894.872 de Barranquilla
Cel 320 574 7215

Villavicencio, 28 de octubre de 2025

SEÑORES
CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
VILLAVICENCIO

Asunto: Carta de Compromiso y Disponibilidad

Respetados Señores:

Yo. SANDRA MILENA GUTIERREZ OSPINA, identificada con cedula de ciudadanía No. 32.894.872 de Barranquilla, manifiesto mi COMPROMISO Y DISPONIBILIDAD para desempeñarme en el cargo de BACHILLER AUXILIAR FORMADORA para la CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO en el evento de ser adjudicado contrato con la Gobernación del Departamento del Meta.

Lo anterior la expido como requisito de la Convocatoria Entidades Privadas sin Ánimo de Lucro Régimen Especial No. GCSJ-RE-2256-2025.

Cordialmente,

SANDRA MILENA GUTIERREZ OSPINA
C.C. 32.894.872 de Barranquilla
Cel 3205747215

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **SANDRA MILENA GUTIERREZ OSPINA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **32894872**, se encuentra afiliado/a desde **13/02/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 10 de diciembre de 2025.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Medellín, 12 de diciembre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que SANDRA MILENA GUTIERREZ OSPINA identificado(a) con C32894872 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C328948722534631415

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del **2do COTIZANTE**	
CC 32894872 SANDRA MILENA GUTIERREZ OSPINA	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	**1125**
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**256**
Fecha Afiliación:	**14/09/2015**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 12 de Diciembre de 2025 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A.

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
BAQUERO	VILLAMIZAR	MARIA CAMILA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C ( ) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.072.720.026 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. ( ) EXTRANJERO ( ) — PAÍS:

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) — NÚMERO: — D.M:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 30 MES 08 AÑO 1995

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: BOGOTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: TORRE 3 APTO 514 A MADRID ETAPA 3

PAÍS: COLOMBIA — DEPTO: META

MUNICIPIO: VILLAVICENCIO

TELEFONO: 3224168108 — EMAIL: VILLAMIZARCAMILA654@GMAIL.COM

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO TECNICO EN AGROINDUSTRIA
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 2014

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	4	X		TECNICO EN AGROINDUSTRIA	12	2014	

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CORPORACION AYUDANDO A VIVIR		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	CONTRATACION@AVIVIR.CO

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3104012549	DÍA 08 MES 08 AÑO 2024	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE PEDAGOGIA		FINCA VILLA LUNA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CRECER		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	VILLAVICENCIO	AUXADMIN@HCASOSIACIONCRECERONMICROI OCON

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3183882520	DÍA 17 MES 12 AÑO 2023	DÍA 07 MES 08 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
FORMADORA		KM 1 VEREDA VANGUARDIA

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
COLEGIO JAIBANA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
COLOMBIA	BOGOTA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3028286913	DÍA 11 MES 01 AÑO 2016	DÍA 11 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR PEDAGOGIA INFANTIL		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI (X) NO ( ) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento VILLAVICENCIO 29 OCTUBRE DEL 2025

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL

1.072.720.026

BAQUERO VILLAMIZAR

MARIA CAMILA

Camila Baquero





FECHA DE NACIMIENTO 30-AGO-1995

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

06-MAR-2014 FOSCA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



A-1072720026-00905226-F-1072720026-20170513 00554 26352A 1 4744868

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre la

Institución Educativa Departamental

María Medina

Aprobado por el ministerio de educación nacional y secretaria de educación de Cundinamarca mediante resolución No. 000133 del 11 de marzo de 1999 y resoluciones de integración Nos. 003014 del 01 de octubre de 2003, no-4326 del 20 de diciembre de 2004, en los niveles de preescolar, básica primaria, básica secundaria y media técnica mediante resolución No. 007634 del 10 de noviembre de 2013.

Confiere a:

María Camila Baquero Villamizar

C.C. 1.072.720.026 de Fosca

El Título de

Bachiller Técnico

Especialidad en Agroindustria

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, según los planes y programas vigentes.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPTAL MARÍA MEDINA FOSCA

Abelardo Alvarez Suarez
c.c. 11.407.661 de Caqueza
Rector

Eloa Cespedes Acosta
Eloa Cespedes Acosta
c.c. 28,543,632 de Fosca
Secretaria

Anotado al Folio No 81 del libro de Registro No 1 Acta No 01

Dado en Fosca Cundinamarca a los 05 días del mes de Diciembre de 2014

Se expide copia de la Secretaria de Educación Municipal, según Decreto No. 0021 del 5 de mayo de 1.964, Expedido por el Ministerio de Educación Nacional, y 2136 del 3 de Diciembre de 1.992de la Presidencia de la República.

IMAGEN VISIÓN

Institución Educativa Departamental María Medina

Acta Individual de Graduación

En la Ciudad de Fosca, a los ___ días del mes de Diciembre del año 2014, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del Grado ONCE, los Suscritos Rector y Secretaria en la Rectoria de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL MARIA MEDINA, institución aprobada en el Nivel de Educación Media Técnica y autorizada por la Secretaria de Educación de Cundinamarca, para otorgar el Titulo de BACHILLER TÉCNICO, según Resolución No. 000153 del 11 de Marzo de 1999, Resoluciones de Integración No. 003914 del 01 de Octubre de 2003 y 004576 del 29 de Diciembre de 2004, en los Niveles de Preescolar, Básica Primaria, Básica Secundaria y Media Técnica mediante Resolución No. 007634 del 19 de Noviembre de 2013.

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER TÉCNICO con especialidad en Agroindustria, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

María Camila Baquero Villamizar
C.E. 1.072.720.026 de Fosca

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 01 de fecha 05 de Diciembre 2014, que consta de 30 estudiantes que comienza con el nombre de Luz Adriana Agudelo Barbosa y termina con el nombre de María Alejandro Urbano Bejarano

Firmada por: Abelardo Álvarez Álvarez (Rector) Y Elsa Cespedes Acosta (Secretaria)

Dada en Fosca, a los 05 días del mes de Diciembre de 2014.

No requiere Registro de la Secretaria de Educación, según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República

Abelardo Alvarez
Abelardo Álvarez Álvarez
c.c. 11.407.661 de cáqueza
Rector

Elsa Cespedes Acosta
Elsa Cespedes Acosta
c.c. 20.545.652 de fosca
Secretaria

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR
Con Esperanza, Amor y Trabajo

CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
NIT 900.963.678-1

CERTIFICA QUE

La señorita MARIA CAMILA VILLAMIZAR, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.072.720.026 de Fosca, presta sus servicios como AUXILIAR FORMADORA, con niños, niñas, adolescente, jóvenes y adultos con discapacidad cognitiva desde el 08 de agosto de 2024 hasta la fecha

La presente se expide a los 29 dias del mes de octubre de 2025 a solicitud de la interesada para fines pertinentes

Cordialmente,

ANDRES FELIPE RAMIREZ G
REPRESENTANTE LEGAL

Sector Club de Tenis, Finca Villa Luna Vereda Vanguardia
Cel. 310 401 25 49 – 313 2937853
corpoayudandoavivir4@gmail.com

CRECER

Asociación Sin Animo de Lucro

ASOCIACION CRECER
NIT 822.006.227-4

CERTIFICA QUE

La señora MARIA CAMILA BAQUERO VILLAMIAR, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.072.720.026 de Fosca, prestó sus servicios como FORMADORA, desde el 17 de diciembre de 2023 hasta el 07 de agosto de 2024, en el área de pre vocacional para discapacidad como formadora de niños de alta dependencia.

La presente se expide a los dos (02) dias del mes de septiembre de 2024. a solicitud de la interesada.

Cordialmente,

CRECER
NIT 822.006.227-4

YOLANDA TOLEDO PEREZ
REPRESENTANTE LEGAL

CERTIFICACIÓN

El suscrito certifica que la señora **MARÍA CAMILA BAQUERO VÁSQUEZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1072720026** de **Bogotá**, laboró en nuestra institución como **auxiliar pedagógica del nivel párvulos**, desde el **11 de enero hasta el 11 de diciembre de 2016**.

Durante el tiempo de su vinculación, la señora **Baquero Vásquez** se destacó por su compromiso, responsabilidad y calidez en el acompañamiento a los niños y niñas de primera infancia, aportando significativamente al desarrollo integral de los mismos.

Entre las funciones desempeñadas se destacan:

1. **Apoyar la planeación y desarrollo de las actividades pedagógicas**, promoviendo ambientes de aprendizaje lúdicos, seguros y afectivos.
2. **Acompañar a los niños y niñas en su proceso de socialización y autonomía**, garantizando el bienestar, la higiene y la seguridad en todo momento.
3. **Colaborar con la docente titular en la implementación de estrategias didácticas**, orientadas al fortalecimiento de las dimensiones del desarrollo infantil.
4. **Participar activamente en las jornadas institucionales y actividades comunitarias**, contribuyendo al fortalecimiento del vínculo entre familia y escuela.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada, en la ciudad de **Bogotá, a los once (11) días del mes de diciembre del año dos mil dieciséis (2016)**, para los fines que ella estime convenientes.

Atentamente

Lic. Laura Fernanda Vásquez Sosa
Directora
C.c. 53´028.867

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 283444968

PIB
14:58:15
Hoja 1 de 01

Bogotá DC. 29 de octubre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARIA CAMILA BAQUERO VILLAMIZAR identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1072720026:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S). SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 29 de octubre de 2025, a las 15:03:50, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1072720026
Código de Verificación	1072720026251029150350

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Consulta WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 04:30:09 PM horas del 29/10/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1072720026**
Apellidos y Nombres: **BAQUERO VILLAMIZAR MARIA CAMILA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 sector Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 6159700 ext. 20562 (Bogotá)
Línea gratuita nacional: 018000 913 112
Email: dijin.ate...
atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:31:40 horas del 29/10/2025 el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1072720026**, Apellidos y Nombres **BAQUERO VILLAMIZAR MARIA CAMILA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y**, con NIT **900963678-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección, cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el registro de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 de 06/03/2014 y demás normatividad vigente frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERES

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 29/10/2025 04:32:25 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadania Nº. **1072720026** y Nombre: **MARIA CAMILA BAQUERO VILLAMIZAR.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **125745951** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1072720026 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 29/10/2025 04:46 PM

Código Verificación: **K4T3R6S2VH**

Válido hasta: **27/01/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Villavicencio, 28 de octubre de 2025

Señores
CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
VILLAVICENCIO

ASUNTO: AUTORIZACION

Respetados Señores:

Yo MARIA CAMILA BAQUERO VILLAMIZAR, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.072.720.026 de Fosca, por medio de la presente doy mi AUTORIZACION a la CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO y a la GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO DEL META para que realice la consulta de inhabilidades Delitos Sexuales cometidos contra memores de 18 años Ley 1918 de 2018, expedido por la Policía Nacional, con el fin de ser aportado a la Convocatoria Entidades Privadas sin ánimo de lucro Régimen Especial No. GCSJ-RE-2256-2025..

Cordialmente,

CamilaBaquero.

MARIA CAMILA BAQUERO VILLAMIZAR
C.C. 1.072.720.026 de Fosca
Cel 322 416 8108

Villavicencio, 28 de octubre de 2025

SEÑORES
CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO
VILLAVICENCIO

Asunto: Carta de Compromiso y Disponibilidad

Respetados Señores:

Yo, MARIA CAMILA BAQUERO VILLAMIZAR, identificada con cedula de ciudadania No. 1.072.720.026 de Fosca, manifiesto mi COMPROMISO Y DISPONIBILIDAD para desempeñarme en el cargo de BACHILLER AUXILIAR FORMADORA para la CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA, AMOR Y TRABAJO en el evento de ser adjudicado contrato con la Gobernación del Departamento del Meta.

Lo anterior la expido como requisito de la Convocatoria Entidades Privadas sin Ánimo de Lucro Régimen Especial No. GCSJ-RE-2256-2025.

Cordialmente,

Camila Baquero

MARIA CAMILA BAQUERO VILLAMIZAR
C.C. 1.072.720.026 de Fosca
Cel 322 416 8108

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARIA CAMILA BAQUERO VILLAMIZAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.072.720.026**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Famisanar

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIA CAMILA BAQUERO VILLAMIZAR identificado(a) con CC 1072720026 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de BENEFICIARIO del Régimen Subsidiado.

Fecha de Activación de	**27/09/2022**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO VILLAVICENCIO**
Categoría:	**CONTRIBUTIVO**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN** , a los 12 días del mes diciembre del 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Medellín, 12 de diciembre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que MARIA CAMILA BAQUERO VILLAMIZAR identificado(a) con C1072720026 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C1072720026253463162O

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

ANEXO 13:

CERTIFICADOS DE ALMACEN

DEPARTAMENTO DEL META

GOBERNACION DEL META

ALMACEN DESPACHO DEL GOBERNADOR Y SECRETARIA

COMPROBANTE DE ENTRADA DE CONSUMO

Entrada por compra (Contrato)

Fecha: 1 de diciembre de 2025 **No. 537**

ESTADO: Legalizado **FECHA DE LEGALIZACION:** 1/12/2025

Responsable: CORPORACION AYUDANDO A VIVIR CON ESPERANZA AMOR Y TRABA **Nit:** 900963678

U. Ejecutora: DESPACHO DEL GOBERNADOR Y SECRETARIAS

Contrato 2256 12/11/2025 **Remisión** 01 01/12/2025

Comentarios: CONTRATO 2256/2025 - ATENCION INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD COGNITIVA DE 18 A 59 AÑOS PARA LA VIGENCIA 2025.

Cat.	Elem.	R.I.	Nombre	Unidad	Cantidad	Vlr. Unitario	Vlr. Total
110	2659	176	RESMA DE PAPEL CARTA 75GR X 10	Unidad	10.00	25,500.00	255,000.00
	2925	14	CAJAS DE COLORES CILINDRICOS UNICOLOR X 12 UND	Caja	56.00	13,000.00	728,000.00
	1209	32	CUADERNO DE 100 HOJAS COCIDO	Unidad	56.00	9,500.00	532,000.00
	106	53	CAJA LAPICES X 12#2	Caja	10.00	10,550.00	105,500.00
	2247	13	CAJA TAJALAPIZ METALICO X 24 UNID	Caja	3.00	8,750.00	26,250.00
	98	123	CAJA DE ESFEROS X10 UND	Caja	6.00	12,000.00	72,000.00
	83	28	PAQUETE DE BORRADOR DE NATA X 10 UND	Paquete	6.00	8,150.00	48,900.00
	1443	28	Reglas plasticas	Unidad	56.00	1,850.00	103,600.00
	115	93	Caja de marcadores borrables colores variados * 12	Caja	2.00	42,700.00	85,400.00
1114	1672	27	SILICONAS LIQUIDA X 60ML	Unidad	56.00	5,200.00	291,200.00
	1672	28	PAQUETE SILICONA GRUESA EN BARRA X 29	Paquete	10.00	26,993.50	269,935.00
1110	125	63	PEGANTE PARA PAPEL COLBON X 1000 GR	Tarro	30.00	42,300.00	1,269,000.00
	2812	38	PAQUETE DE PINCELES X 5 UNID	Unidad	56.00	16,100.00	901,600.00
	2812	39	PINCEL GRUESO DE PULGADA Y 3/4	Unidad	10.00	10,900.00	109,000.00
	1718	31	TARRO VINILO 1 000 ML COLORES BLANCA Y NEGRA	Unidad	30.00	26,000.00	780,000.00
1104	4357	3	Acrilico 250 cc diferentes colores	Unidad	30.00	17,600.00	528,000.00
	4357	4	Acrilico 60 cc metalizado diferentes colores	Unidad	25.00	15,800.00	395,000.00
1116	1465	35	CARTULINA 1/8 DE COLORES X 100 UNID	Paquete	5.00	31,915.00	159,575.00
	1465	38	Cartulina 1/8 blanca x 10 und	Paquete	8.00	3,600.00	27,600.00
	1465	39	Pliego cartulina negra	Pliego	2.00	9,000.00	18,000.00
	4012	3	PALETA PLASTICA PARA PINTURA	Unidad	56.00	1,550.00	86,800.00
	2659	191	Block papel iris	Unidad	2.00	8,500.00	17,000.00
	2659	177	PLIEGO DE FOMMY DE COLORES	Pliego	8.00	9,300.00	74,400.00
	2659	178	PLIEGOS DE FOMMY ESCARCHADO	Pliego	3.00	15,500.00	46,500.00
1103	2675	5	Rollos de luna 100 gr/235 mt	Unidad	15.00	13,100.00	196,500.00
	2440	10	Tijeras	Unidad	25.00	17,500.00	437,500.00
	2440	11	Tijeras punta de roma	Unidad	15.00	2,500.00	37,500.00
1113	5026	4	Rollos de trapilio	Unidad	5.00	18,300.00	91,500.00
	4312	45	Rollo hilo chino de colores	Unidad	10.00	17,650.00	176,500.00
	4243	4	CERAMICAS PARA PINTAR ENTRE 15 A 30 CMS	Unidad	56.00	28,250.00	1,582,000.00
1104	3070	15	figuras en madera para pintar entre 15 a 30 cms	Unidad	56.00	27,150.00	1,520,400.00
	704	42	LIJAS 1/8 DE 600	Unidad	30.00	3,790.00	113,700.00
1114	5213	1	PISTOLA DE AIRE CALIENTE	Unidad	5.00	68,100.00	340,500.00
	4328	12	Agujas magicas para tejer	Unidad	2.00	60,975.00	121,950.00
1104	2244	9	pistola silicona	Unidad	8.00	19,700.00	157,600.00
	3072	7	LACA PARA MADERA AEROSOL	Unidad	30.00	19,400.00	582,000.00
1124	3925	118	Kit lecto - comunicativo sensorial (cuentos, titeres, rompecabezas, pelotas sensoriales)	Unidad	3.00	50,500.00	151,500.00
	3925	119	Libro mandalas	Unidad	56.00	17,350.00	971,600.00

GOBERNACION DEL META

ALMACEN DESPACHO DEL GOBERNADOR Y SECRETARIA

COMPROBANTE DE ENTRADA DE CONSUMO

Entrada por compra (Contrato)

Fecha: 1 de diciembre de 2025 **No. 537**

ESTADO: Legalizado **FECHA DE LEGALIZACION:** 1/12/2025

JUAN SEBASTIAN OSPINA RODRIGUEZ
Gerente de Servicios Administrativos

QUIEN RECIBE - FUNCIONARIO
Nombre Legible, Firma y Documento

DEPARTAMENTO DEL META	INFORME DE SUPERVISIÓN	CÓDIGO:	F-BS-23
		VERSIÓN:	5

Villavicencio, 19 de diciembre de 2025

Doctor(a):
DIANA MARCELA GIRALDO AVILA
Secretaria social
Gobernación del Meta

INFORME DE SUPERVISIÓN

Objetivo del Informe
Mantener informada a la Gobernación del Meta sobre el desarrollo del contrato objeto de este informe, presentar evidencias de su ejecución y verificar que las actividades realizadas sean hechas con calidad y en los términos adecuados.

Contrato No. y Fecha:	2256 de 2025 del 12 de noviembre de 2025		
Clase de Contrato:	Contrato de prestación de servicios.		
Registro Presupuestal No. y Fecha:	12617 del 14 de noviembre de 2025		
Contratista:	Corporación Ayudando A Vivir Con Esperanza Amor Y Trabajo	Nit./c.c.	900.963.678-1
Representante Legal:	Andrés Felipe Ramírez Garnica	c.c.	1.121.964.092
Supervisor: (Insertar filas cuando en el periodo de pago se presenten varios supervisores)	Magda Nathalie Caro Rubio	c.c.	1.121.819.437
Acto administrativo de designación supervisor: No. y Fecha	Resolución No. 444 de 2025 del 18 de noviembre de 2025		
Objeto:			
"Atención integral para personas con discapacidad cognitiva de 18 a 59 años para la vigencia 2025"			
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	Ciento noventa y dos millones ochocientos cinco mil ciento sesenta y tres pesos con cincuenta y dos centavos m/cte ($192.805.163,52)		
Término Inicial de Ejecución:	Dos (2) meses o hasta el 26 de diciembre de 2025		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	18/11/2025	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	26/12/2025

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios, Reducciones y Otras)			
Tipo de Modificación	**Valor de la Modificación** (Cuando Aplique)	**Fecha de expedición del documento**	**Tiempo de Modificación** (Cuando Aplique)
N/A	N/A	N/A	N/A
*Si no existen modificaciones diligencie casillas con N/A **Inserte filas si requiere			

Término Total de Ejecución: (Solo cuando existan modificaciones)	N/A	**Fecha Finalización:** (Solo cuando existan modificaciones)	N/A
Valor total del contrato +/- las modificaciones: (Solo cuando existan modificaciones) (Letras y Números)	**N/A**		
*Si no existen modificaciones diligencie casillas con N/A			

Periodo de Pago:	Del	18/11/2025		Al	17/12/2025				
Tipo de Pago:	Anticipo		Parcial	X	Final		No. de Pago	1	

Valor Total Autorizado a Pagar (Letras y números Máximo 2 Decimales)	Ciento veintiséis millones quinientos veintisiete mil quinientos ocho pesos con cincuenta y dos centavos m/cte ($126.527.508,52)

Se me designó como supervisor del contrato objeto de este informe, así para dar cumplimiento al Decreto No. 071 de 2021 por medio de la cual se adopta el Manual de Contratación, Supervisión e Interventoría del Departamento del Meta, me permito informar el desarrollo correspondiente al presente periodo de pago en los siguientes aspectos:

Cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato:

REQUISITOS	Si	No	N/A
Registro Presupuestal	X		
Otorgamiento oportuno de las garantías tanto al inicio como a lo largo de la vida del contrato, de la aprobación de dichas garantías y las demás que correspondan según el contrato y la Ley	X		
Existencia de las licencias y/o autorizaciones que se requieran contractual y legalmente para proceder a suscribir el acta de inicio del contrato)			X
Afiliación a Administradora de Riesgos Laborales ARL	X		
Publicaciones en Secop	X		
Publicaciones en SIA Observa	X		
Carpeta física actualizada en la Gerencia de Asuntos Contractuales	X		

Ejecución de las actividades en cumplimiento de las obligaciones especificas en el periodo del informe:

OBJETO DEL CONTRATO

"ATENCION INTEGRAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD COGNITIVA DE 18 A 59 AÑOS PARA LA VIGENCIA 2025"

OBLIGACION No. 1 El contratista se compromete a disponer de 56 cupos, para brindar atención a personas en condición de discapacidad, que serán beneficiados por el Departamento, en donde se garantiza una atención integral a los beneficiarios.

Durante el periodo evaluado, el contratista reporto atención integral a 56 beneficiados, todos ellos

personas en condición de discapacidad.

A continuación, listado de beneficiarios atendidos donde se incluyen los tres ofertados por el contratista como condición ponderable en el proceso.

ITEM	APELLIDOS	NOMBRE	DOCUMENTO	NUMERO
1	ALARCON FLOREZ	HERIT ANDRES	TARJETA DE IDENTIDAD	1012361514
2	AVILA GOMEZ	JESUS ESTIVEN	CEDULA DE CIUDADANIA	1123444196
3	BENAVIDEZ HERNANDEZ	BRAYAN ALEXANDER	CEDULA DE CIUDADANIA	1029220452
4	BERNAL BETANCOURT	MARTIN	TARJETA DE IDENTIDAD	1230343093
5	BOBADILA AVILA	MARIANA YISELA	CEDULA DE CIUDADANIA	1234792665
6	BUENO SILVA	CLAUDIA BEATRIZ	CEDULA DE CIUDADANIA	1121816019
7	CARRERA LADINO	JUAN MIGUEL	TARJETA DE IDENTIDAD	1121920732
8	CARVAJAL SALAZAR	ANGIE CRISTINA	CEDULA DE CIUDADANIA	1123562157
9	CASTAÑEDA ROA	LUISA FERNANDA	CEDULA DE CIUDADANIA	1031809773
10	CASTRILLON MUÑOZ	JUAN MANUEL	TARJETA DE IDENTIDAD	1029990957
11	CHAPARRO LEAL	YEFERSON STEVEN	CEDULA DE CIUDADANIA	1031178037
12	CRISTANCHO CAMPO	EDGAR IVAN	CEDULA DE CIUDADANIA - CC	17346471
13	CUBILLOS LINARES	EDILSON NEYMAR	TARJETA DE IDENTIDAD	1121947523
14	DAZA REINA	JOSE FERNANDO	CEDULA DE CIUDADANIA	1118531092
15	DIAZ ACOSTA	JUAN CAMILO	TARJETA DE IDENTIDAD	1121871609
16	GARCIA DIAZ	ANA MARIA	CEDULA DE CIUDADANIA	1192818885
17	GARCIA QUIROGA	PAULA ANDREA	CEDULA DE CIUDADANIA - CC	1123801771
18	GARCIA ROZO	ANGEL DAVID	TARJETA DE IDENTIDAD	1122925764
19	GOMEZ RODRIGUEZ	DEISY MILADY	CEDULA DE CIUDADANIA	1006820118
20	GUALTEROS CACERES	XIOMARA PAULINA	CEDULA DE CIUDADANIA	1122918755
21	GUZMAN BARRIOS	SANTIAGO	CEDULA DE CIUDADANIA	1122521660
22	LUNA MONSALVE	RUSBEL DAVID	TARJETA DE IDENTIDAD - TI	1121870793
23	MARTINEZ CASTILLO	ENOC	TARJETA DE IDENTIDAD - TI	1029961600
24	MEDINA HERNANDEZ	RAFAEL ENRIQUE	CEDULA DE CIUDADANIA	1006776930
25	MEDINA ORTIZ	DYLAN MATIAS	TARJETA DE IDENTIDAD - TI	1230339513
26	MUÑOZ DELGADO	AARON	TARJETA DE IDENTIDAD	1070467916
27	MURCIA MATEUS	EILYN CAROLINA	TARJETA DE IDENTIDAD	1029150874
28	MURCIA RIVEROS	ANGELO DAVID	TARJETA DE IDENTIDAD	1122936252
29	ORTIZ TEJADA	PABLO ENRIQUE	CEDULA DE CIUDADANIA	1006966142
30	OSPINA PRIETO	JULIAN DAVID	CEDULA DE CIUDADANIA	1123802946
31	OVIEDO JIMENEZ	MICHAEL ESLEY	CEDULA DE CIUDADANIA	1121861451
32	PACHECO ROMERO	SEBASTIAN	CEDULA DE CIUDADANIA	1032937471
33	PALACIOS BORJA	EDWAR STEVEN	CEDULA DE CIUDADANIA - CC	1121901562
34	PALACIOS BORJA	DEIVID STIV	CEDULA DE CIUDADANIA	1021670926
35	PARRA	EDISON ANDRES	CEDULA DE CIUDADANIA	1121893974
36	PARRADO CASTRO	SAMUEL FELIPE	TARJETA DE IDENTIDAD	1122926387
37	PEDRAZA RODRIGUEZ	LUIS EDUARDO	CEDULA DE CIUDADANIA	1121872314
38	PEÑA GARCIA	JOHAN SEBASTIAN	TARJETA DE IDENTIDAD	1122932868
39	PEREZ ORTEGA	ANDRES RICARDO	CEDULA DE CIUDADANIA	1059906858
40	PULIDO LEON	LUIS SANTIAGO	TARJETA DE IDENTIDAD	1123444085
41	PULIDO TOVAR	STEPHANI	CEDULA DE CIUDADANIA	1029984151
42	RETAMOZO GUTIERREZ	ELIHU MARTIN	CEDULA DE CIUDADANIA	1044609558
43	REYES VELASQUEZ	RAFAEL	TARJETA DE IDENTIDAD	1234790974
44	RIOS CASALLAS	DANIEL	TARJETA DE IDENTIDAD - TI	1121909348
45	ROCHA AREVALO	JOSE MANUEL	CEDULA DE CIUDADANIA - CC	1121932269
46	ROMERO PEDRAZA	JORGE SEBASTIAN	CEDULA DE CIUDADANIA	1121918353
47	ROZO FIERRO	MAUREN SOFIA	TARJETA DE IDENTIDAD	1029967274

48	RUEDA CRAVO	SARA EDDITH	TARJETA DE IDENTIDAD	1121973871
49	SAAVEDRA TORRES	CARLOS ANDRES	CEDULA DE CIUDADANIA	86085836
50	SIMMONDS PEREIRA	NELSON SHAMIR	CEDULA DE CIUDADANIA - CC	1121852178
51	SOLANO MELO	JUSSEPH CAMILO	TARJETA DE IDENTIDAD	1121911699
52	TIRADO MENDEZ	MARYELIN	CEDULA DE CIUDADANIA	1006794814
53	VALENCIA RAMIREZ	JHONATAN STIVEN	TARJETA DE IDENTIDAD	1074813470
54	VARGAS AHUMADA	JAVIER IVAN	CEDULA DE CIUDADANIA	1121853102
55	VARGAS VIANCHA	SANDRA LIZETH	TARJETA DE IDENTIDAD	1115947123
56	VELA MATEUS	YULY NATALIA	CEDULA DE CIUDADANIA	1026304023
57	VELASQUEZ ARDILA	OMAR SNEIDER	CEDULA DE CIUDADANI	1121870993
58	VELASQUEZ BARRAGAN	DANIEL RICARDO	TARJETA DE IDENTIDAD	1122524723
59	VERGARA TORO	PAULA ANDREA	TARJETA DE IDENTIDAD	1029993941

El contratista anexa en su informe, los documentos requeridos para la inscripción de cada beneficiario.

1. Carta de Manifestación de Interés
2. Fotocopia de la tarjeta de identidad del beneficiario
3. Fotocopia de la cedula de ciudadanía del acudiente
4. Copia historia clínica o certificado de discapacidad
5. Certificación Sisbén
6. Recibo de servicio publico

OBLIGACION No. 2 Brindar un almuerzo diario a 56 personas en condición de discapacidad con las características sanitarias y nutricionales. Raciones preparadas servidas compuesto por: una proteína, una leguminosa, un cereal, una verdura caliente y/o ensalada y una bebida natural para los beneficiarios del programa, durante el término de ejecución del presente convenio que equivalen a 2744 almuerzos en 49 días hábiles.

En el informe correspondiente al periodo comprendido entre el 18 de noviembre y el 17 de diciembre, el contratista registra la entrega total de 1456 raciones de almuerzos a 56 personas en condición de discapacidad beneficiarias, además de 78 raciones adicionales destinadas a 3 beneficiarios como aporte de la ESAL.

Estos soportes son anexados por el contratista en su informe.

Evidencia fotográfica de la entrega de almuerzos.





OBLIGACION No. 3 Brindar un refrigerio diario 56 personas en condición de discapacidad con las caracteristicas sanitarias y nutricionales de acuerdo con los lineamientos establecidos por el ICBF de acuerdo a la edad, que equivalen a 2744 refrigerios en 49 días de lunes a sábado.
El contratista, reporta en informe correspondiente al periodo comprendido entre el 18 de noviembre y el 17 de diciembre, la entrega total de 1456 raciones de refrigerios a 56 personas en condición de discapacidad beneficiarias, además de 78 raciones adicionales destinadas a 3 beneficiarios como aporte de la ESAL.

Evidencia fotográfica de la entrega de refrigerios.



OBLIGACION No. 04 Garantizar el transporte a 56 beneficiarios mediante recorridos cerrados a los lugares de residencia, que presentan discapacidad intelectual (déficit cognitivo de leve a moderado, sensorial síndrome de Down y asociado), con el fin de garantizar la permanencia en el programa. El o los vehículos deberán contar con equipo de carretera según los exigido por el ministerio de transporte, seguro SOAT, seguro de accidente y robo y seguro de responsabilidad civil extracontractual.

En el presente periodo, el contratista garantizo el servicio de transporte a 56 beneficiarios del contrato, y tres 3 beneficiarios como aporte de la ESAL, mediante vehiculos de transporte público especial, los cuales contaron con su respectiva monitora. Estos microbuses se encuentran afiliados a la empresa Trans Amaru SAS, y cuentan con los documentos requeridos para transitar exigidos por el Ministerio de Transporte.

El contratista en su informe, declara que realizó la verificación del cumplimiento de la vigencia activa del Seguro Obligatorio SOAT, así como también, seguro de Accidente y Robo y seguro de

Responsabilidad Civil Extracontractual, en los vehículos en los que transportaron los beneficiarios del convenio.
EL contratista anexa los soportes en su informe.

Evidencia fotográfica del traslado de los beneficiarios.



OBLIGACION No. 5 Efectuar una valoración interdisciplinaria inicial y una de egreso, en las áreas del desarrollo humano biopsicosocial (psicología); la cual se debe socializara a los padres de familia y/o cuidadores de los beneficiarios del programa y brindar acompañamiento y asesoría a las familias con el propósito de mejorar la dinámica interna y el proceso de atención a sus hijos.

El contratista reporta en su informe, la realización de la valoración interdisciplinaria inicial por parte de las docentes, psicóloga, fisioterapia, fonoaudiología, y terapia ocupacional, las cuales se encuentran debidamente incorporadas en el informe presentado por el contratista. Respecto a la ficha de valoración interdisciplinaria de egreso, esta será elaborada y presentada en el informe final, con el fin de documentar y evidenciar de manera objetiva los avances, resultados y logros alcanzados durante el proceso de atención integral brindado a las personas con discapacidad beneficiarias del programa.

OBLIGACION No. 6 Realizar atención especializada a nivel grupal acorde a las necesidades en relación con el fortalecimiento de capacidades y habilidades de los beneficiarios, teniendo en cuenta los diagnósticos y pronósticos de evolución.

El contratista brindo atención especializada a los 56 beneficiarios del contrato, y tres 3 beneficiarios como aporte de la ESAL, en un horario de 7:00 am a 12:00m y de 1:00 pm a 6:00pm para una jornada de 5 horas diarias en cada una de las siguientes actividades descritas.

Durante el periodo, el contratista presto atención especializada de manera grupal a los 56 beneficiarios del contrato y 3 beneficiarios como aporte de la ESAL con el fin de desarrollar en los beneficiarios habilidades motrices gruesas y finas, además de habilidades sociales y ocupacionales. Dando cumplimiento con siguientes las actividades:
El presente informe tiene como finalidad presentar las actividades lúdicas deportivas, artísticas y pre vocacionales se fortalezca desarrolladas en los procesos formativos y terapéuticos dirigidos a la población con discapacidad beneficiada, enfocados en el fortalecimiento de sus habilidades y para el desarrollo de capacidades tanto individuales, como colectivas, que favorezcan el interacción en los diferentes ámbitos sociales, familiares y ocupacionales, dentro de un proceso educativo integral.

- **Actividades Formales:** Se desarrolló durante este periodo el taller de cerámica, y el taller de madera, donde aprendieron sobre la importancia de la preparación previa de su figura asignada, cada uno de los beneficiarios lijó, pintó y decoró de acuerdo con sus habilidades, siendo ellos quienes tuvieron la libertad creativa de elección de colores, en acompañamiento de la docente. Soporte anexo al informe del contratista

- **Salida pedagógica Cine:** Se desarrollo salida pedagógica a Cine y Centro Comercial, donde los beneficiarios contaron con su respectivo medio de trasporte, donde se recogió en el lugar de residencia para transportar a la institución, allí tomaron merienda, y luego nos redirigimos al cine. Allí nuevamente a cada beneficiario, se le dio su respectivo refrigerio para ver la película. Una vez finalizada la jornada del cine, nos trasportamos para el almuerzo y así retornar a sus lugares de residencia.

- **Taller de padres: "ARTE QUE RELAJA, CALMA QUE PERDURA":** Los acudientes y acompañantes de cada beneficiario asistieron al taller de padres, en busca de actividades para el ámbito laboral. Tal como consta del registro fotográfico del informe del contratista. Estas actividades se realizaron en jornadas de 5 horas tal como consta en el horario mencionado anteriormente. Anexo No. 04.

- **Salida pedagógica – ZONA CAMPESTRE:** La salida pedagógica a la zona campestre se desarrolló en un entorno natural que favoreció la recreación, el movimiento y la interacción social de los beneficiarios. Cada participante contó con su respectivo medio de transporte desde su residencia hasta la institución, donde recibieron una merienda antes de iniciar el desplazamiento hacia el lugar. Durante la jornada, los beneficiarios disfrutaron de actividades al aire libre que promovieron la coordinación, el trabajo en equipo y el bienestar físico y emocional. Al finalizar las actividades, se compartió el almuerzo y posteriormente se realizó el retorno a sus hogares, garantizando una experiencia segura, enriquecedora y significativa para todos.

- **Jornada de integración sabatina:** Los beneficiarios y los padres de familia asistieron al pasadía realizado el día 13 de diciembre de 2025, tal y como consta del registro fotográfico del informe del contratista. Anexo No. 10 en 2 folios.

- **Artes:** realizaron actividades como coloreado, pintura, manualidades sencillas, danzas y actividades musicales, que les permite que cada uno explore su medio ambiente, desarrolle su creatividad y obtenga herramientas en la resolución de problemas.

- **Lúdicas:** Con el fin de favorecer su entorno comunicativo, fortalecer relaciones con sus pares y esparcimiento realizaron actividades como lectura de cuentos, caminatas, y juegos sencillos.

- **Deportes:** La actividad que desarrollan es natación los días viernes donde además de realizar una etapa recreativa, buscan mejorar su resistencia física, desarrollo motor, equilibrio, fuerza muscular dentro de un ambiente acuático.

- **Fonoaudiología** – Participación en actividades grupales: Desde el área de fonoaudiología se desarrollaron actividades grupales orientadas a estimular el lenguaje, la comunicación funcional y la intención comunicativa mediante estrategias lúdicas como lectura de cuentos, uso de títeres y ejercicios oro-motores. Estas dinámicas fortalecieron la comprensión, la expresión y el vocabulario, favoreciendo la interacción social y el desarrollo comunicativo de los beneficiarios.

- **Terapia Ocupacional** – Participación en actividades grupales: En terapia ocupacional se realizaron actividades grupales centradas en fortalecer la autonomía, las habilidades sociales y las capacidades para la vida diaria a través de rutinas de higiene, tareas domésticas y ejercicios cognitivos. Estas actividades permitieron mejorar la independencia funcional, promover hábitos saludables y reforzar la participación activa de los beneficiarios en su entorno.

- **Fisioterapia** – Participación en actividades grupales: El área de fisioterapia desarrolló actividades grupales enfocadas en mejorar la movilidad, el equilibrio, la postura y la fuerza muscular mediante ejercicios dirigidos, caminatas y actividades recreativas. Estas acciones contribuyeron al desarrollo motor, la prevención del sedentarismo y el fortalecimiento físico general de los beneficiarios.

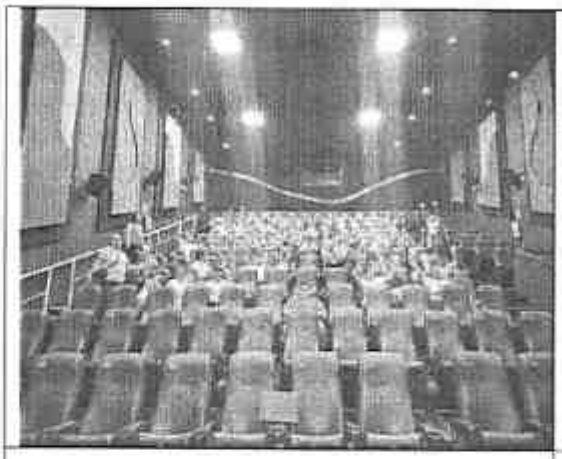
- **Actividades Culinarias** – Participación grupal: Las actividades culinarias se llevaron a cabo para fortalecer habilidades prácticas en la preparación de alimentos, promoviendo autonomía, coordinación y trabajo en equipo. Los beneficiarios participaron en todo el proceso de elaboración de diferentes preparaciones, reforzando hábitos de higiene, motricidad y confianza personal en un entorno seguro y formativo.

El contratista anexa los soportes en su informe.

Evidencia fotográfica de las actividades desarrolladas.















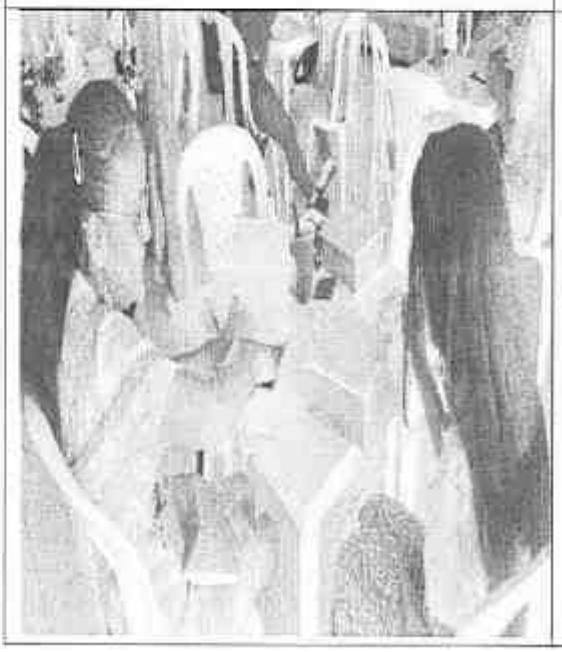













GUESS



























OBLIGACION No. 7 Elaborar una ficha de evolución y seguimiento individual por cada persona con discapacidad atendida.

El contratista realizo la ficha de evolución a los 56 beneficiarios del contrato, y tres 3 beneficiarios como aporte de la ESAL. Una vez ingresaron al programa e iniciaron labores el equipo psicosocial conformado por la psicóloga, pedagogas, fisioterapia, terapia ocupacional y foncaudiologia donde realizaron valoración de cada uno de los beneficiarios con el fin de establecer sus habilidades, capacidades y destrezas.

Se evidencia en el informe del contratista en el anexo No.7

OBLIGACION No. 8 Rendir informes de acuerdo con la solicitud realizada por el Supervisor soportado con registro fotográfico y planillas de atención de acuerdo con las actividades desarrolladas, en medio físicas y magnéticas; adjuntando los pagos de seguridad social, adjuntando los datos de identificación del personal incluido en el convenio con sus respectivos pagos de seguridad social.

El contratista presenta informe escrito de las actividades realiza durante el periodo del 18 de noviembre al 17 de diciembre de 2025, con registro fotográfico, presentación de planillas de asistencia de cada una de las actividades desarrolladas en medio físico y magnético.

Además, adjunta los datos de identificación del personal que hace participa en el desarrollo del convenio con el pago de la seguridad social de cada uno. Estos soportes son anexados por el contratista en su informe, en el anexo No. 11 Seguridad Social y anexo No. 12. Hojas de vida del personal.

OBLIGACION No. 09 Prestar el servicio del personal que vayan a emplear para la ejecución del contrato con el nivel de estudios y experiencia requeridos, es decir idóneos y capacitados para el desarrollo de las actividades de manera efectiva, garantizando que cumplan las condiciones técnicas, personales, sociales, mentales y legales. Así como también, deberá cumplir con todas las obligaciones de índole laboral y de seguridad social con dicho personal.

La contratista, reporta en su informe que para la ejecución del contrato, el equipo de trabajo empleado cuenta con el nivel de estudios y experiencia requeridos, certificando de esta forma que cumplen con los requisitos de idoneidad y capacitados para el desarrollo de las actividades dentro del proceso de atención integral, además informa que cada uno de los profesionales y auxiliares vinculados cumplió con las condiciones técnicas, personales, sociales, mentales y legales exigidas, garantizando así la prestación de un servicio de calidad. Cumpliendo lo ofertado en la propuesta económica de la siguiente manera. Como consta en su anexo No. 11 Seguridad Social y anexo No. 12. Hojas de vida del personal.

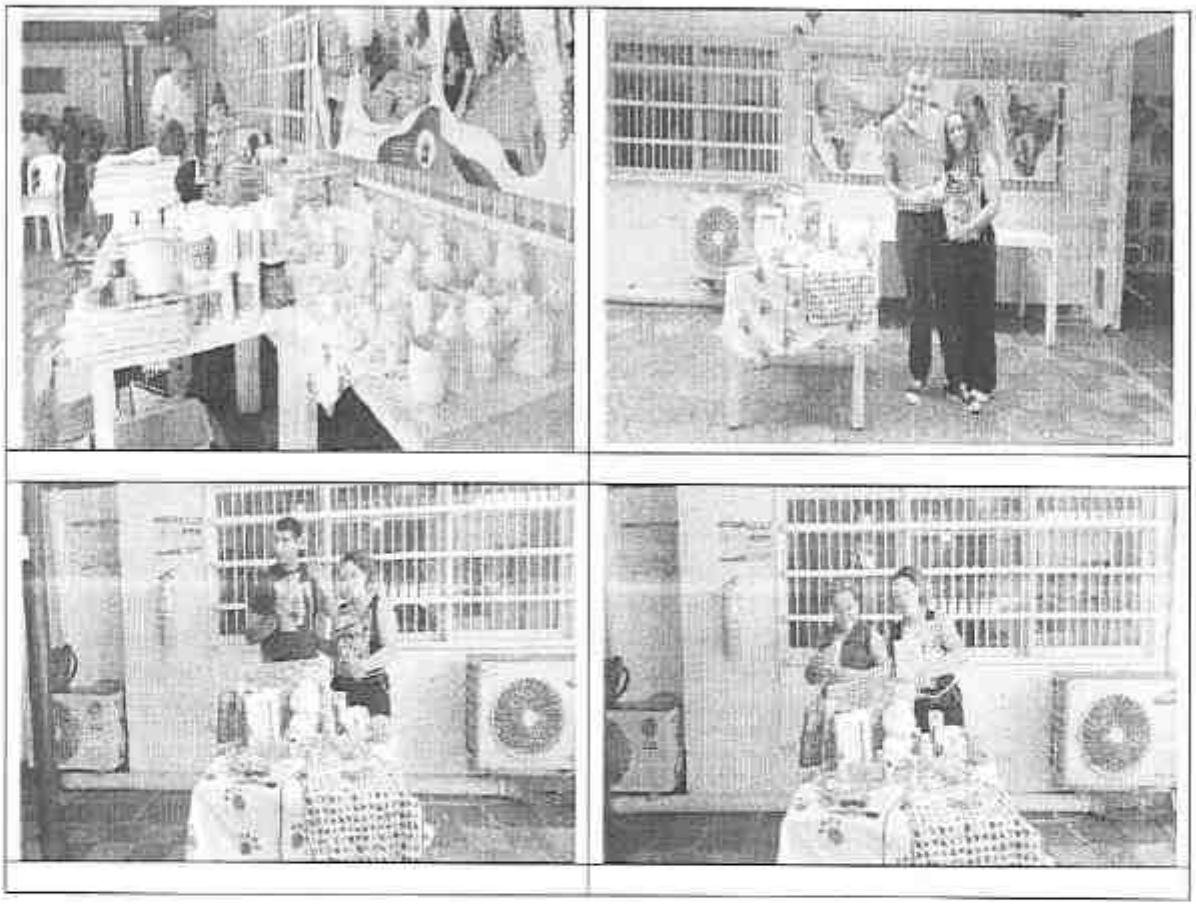
- Andrés Felipe Ramírez Garnica. – Representante Legal de la Corporación
- Angie Viviana Ariza Durán – Coordinadora y asistencia técnica, con licencia temporal para ejercer la abogacía
- Ana Graciela Cantor Beltrán – Manipuladora de Alimentos
- Emma Stella Ruiz Rubiano – Psicóloga
- Jeimy Karolina Cubides – Técnico laboral en competencias a la primera infancia.
- Jefferson Andrés Gómez Méndez – Fisioterapeuta
- Claudia Patricia Bejarano Roldán – Foncaudióloga
- Janneth Constanza Garnica Lozada – Terapeuta Ocupacional
- Teresita Mateus de Díaz – Auxiliar de Servicios Generales
- Sandra Milena Gutiérrez – Auxiliar en Pedagogía
- Camila Villamizar – Auxiliar en Pedagogía

OBLIGACION No. 10 Realizar la dotación de elementos y herramientas de trabajo necesario al personal que contrate para la ejecución de las obligaciones convenidas.

El contratista, informa que en el periodo evaluado, mediante el coordinador designado para la ejecución del programa garantizó el suministro oportuno y completo de todas las herramientas, materiales, insumos y recursos necesarios para el adecuado cumplimiento de las obligaciones convenidas en el contrato, haciendo uso y entrega del Kit de materiales en las actividades desarrolladas, de manualidades, artes, lúdicas y demás que le permitan mejorar sus condiciones, habilidades y destrezas a todos los beneficiarios. Anexo No. 13. Comprobantes de entrada y salida de almacén.

Este material fue entregado al personal contratado con el fin de realizar cumplimento a las obligaciones del contrato.

Anexos y Evidencias:



OBLIGACION No. 11 Atender a los jóvenes y adultos con discapacidad que sean remitidos por la coordinación del programa de discapacidad y/o Secretaria Social de la Gobernación del meta, haciendo uso del Kit de materiales en las actividades desarrolladas, de manualidades, artes, lúdicas y demás que le permitan mejorar sus condiciones, habilidades y destrezas.

En el presente periodo, el contratista da inicio al proceso de atención de los 53 beneficiarios remititditos por la Secretaria Social a partir del 18 de noviembre de 2025, haciendo entrega del kit de materiales para el desarrollo de las actividades propuestas de manualidades, artes, lúdicas y demás. Así mismo se hizo entrega del Kit de materiales a los tres (3) beneficiarios de aporte de la ESAL. Estos soportes son anexados por el contratista en su informe en el anexo No. 13 y anexo No. 15 comprobantes de almacén.

Evaluación y Reevaluación del Contratista

Rango de Calificación	
Excelente	El contratista superó las especificaciones técnicas establecidas de los productos y/o servicios.
Bueno	El contratista cumplió las especificaciones técnicas establecidas de los productos y/o servicios.

Regular	El contratista en el desarrollo del contrato presentó inconformidades que no son graves, ni se considera que incumplió el mismo.
No Cumple	El contratista en el desarrollo del contrato presentó inconformidades graves y se considera que incumplió el mismo.

Evaluación y Reevaluación del Contratista	**Calificación**
CUMPLIMIENTO: (Oportunidad en la entrega de los productos y/o servicios; Atención a compromisos adquiridos)	Bueno
CALIDAD: (Grado en el que el producto y/o servicio cumple las necesidades y expectativas contractuales)	Bueno
COMUNICACIÓN: (Comunicación asertiva durante la ejecución del contrato)	Bueno
EVALUACIÓN GENERAL: (Percepción general sobre el producto y/o servicio suministrado)	**Bueno**

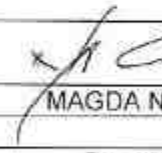
Cumplimiento de las Obligaciones de Seguridad Social:

Certifico que verifiqué el cumplimiento del pago de aportes a la seguridad social (salud, pensión y ARL) y parafiscales correspondiente al periodo del presente informe como se establece en el F-BS-16 Certificado del Supervisor Autorizando el Pago.

Certificación de Cumplimiento General

De acuerdo con la información anteriormente suministrada y la contenida en el F-BS-16 Certificado del Supervisor Autorizando el Pago, certifico que durante el periodo objeto de este informe, el contratista cumplió a satisfacción las obligaciones del contrato, y cumplió con el pago del sistema de seguridad social, la cual fue verificada física y documentalmente por el suscrito.

Cordialmente,

Firma:	
Nombre:	MAGDA NATHALIE CARO RUBIO
Cargo:	ASESOR
Supervisor	