LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

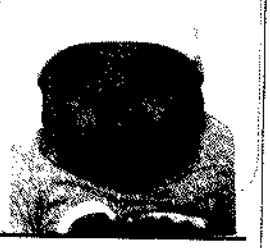
No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar _X_ en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización) ___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7) ___Pertenecientes a Res UNIDOS ___Pertenecientes a Familias en Acción ___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición ___Remitidos por SNBF ___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado) ___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) ___Niños y niñas con discapacidad. ___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ___Población migrante en condición de vulnerabilidad. ___Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
6	Copia del carnet de vacunación.
7	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
8	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
9	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
10	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
11	Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos)
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización.
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
18	Formato de autorización uso de imágenes.
19	Planilla seguimiento nutricional
20	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
21	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa,

	FUNDACION ALMA DE VIDA	Código: FO-GG-012
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 25/03 /2025

FECHA SOLICITUD CUPO: _____ **FECHA INGRESO:** 01-04-2025

UDS: Mis Tomuritas **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Lian Alexander lopez patiño



TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1122344550

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? _____

FECHA NACIMIENTO: 9 Febrero 2025 **EDAD:** 1 mes **MUNICIPIO:** Puerto Asis

DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: V/Risaralda **ESTRATO:** N/A **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: _____ NO: X

¿CUAL?: N/A **MOTIVO DEL RETIRO:** N/A

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: N/A

EPS DEL PARTICIPANTE: N.EPS **SUBSIDIADO:** __ **CONTRIBUTIVO:**

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X **DIAGNOSTICO:** N/A

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: N/A

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: _____

TIENE SISBEN: SI: X NO: __ PUNTAJE: A5 **DESPLAZADO:** SI: X __ NO:

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: _____ NO: X **RED UNIDOS:** SI: _____ NO: X

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: __ NO: X CUAL: N/A

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: N/A

No. IDENTIFICACION: N/A **DIRECCION RESIDENCIA:** N/A

CELULAR: N/A **E.P.S:** N/A

OCUPACION U OFICIO: N/A

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: N/A **PROFESIÓN:** N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yina Vanesa lopez patiño

No. IDENTIFICACION: 1122337264 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/Risaralda

CELULAR: 3223426032 **E.P.S:** N.EPS

OCUPACION U OFICIO: Oficios Varios

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller **PROFESIÓN:** N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Yina Vanesa lopez patiño

NUMERO IDENTIFICACION: 1122337264 **CELULAR:** 3223426032

DIRECCION: V/risaralda **PARENTESCO:** Madre

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO
Sara Lorena Mejia

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP	1.122.344.550

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61697928

61697928

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
X						X G Z

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LOPEZ	PATIÑO

Nombre(s)

LIAN ALEXANDER

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes FEB Día 02	MASCULINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	2502991004832G

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

Apellidos y nombres completos

LOPEZ PATIÑO YINA VANESA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.337.264	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LOPEZ PATIÑO YINA VANESA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.337.264	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes FEB Día 14	ROY EDISON CALLE QUINTANA - REGISTI
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 11/06/2025

Ficha: 867576741052800012054

A5

GRUPO SISBEN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LIAN ALEXANDER

Apellidos: LOPEZ PATIÑO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344550

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

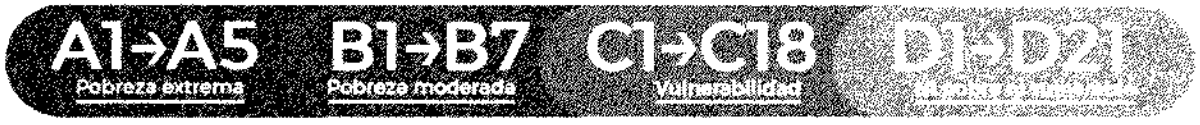
INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/05/2025

Última actualización ciudadano: 21/05/2025

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: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122344550
NOMBRES	LIAN ALEXANDER
APELLIDOS	LOPEZ PATIÑO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	10/02/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/03/2025 12:03:43	**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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:

IAN ALEXANDER

Apellidos:

LOPEZ PATIÑO

Fecha de nacimiento:

09 02 2025

Historia Clínica:

1122344550

Barrio / Vereda:

VI RISARALDA

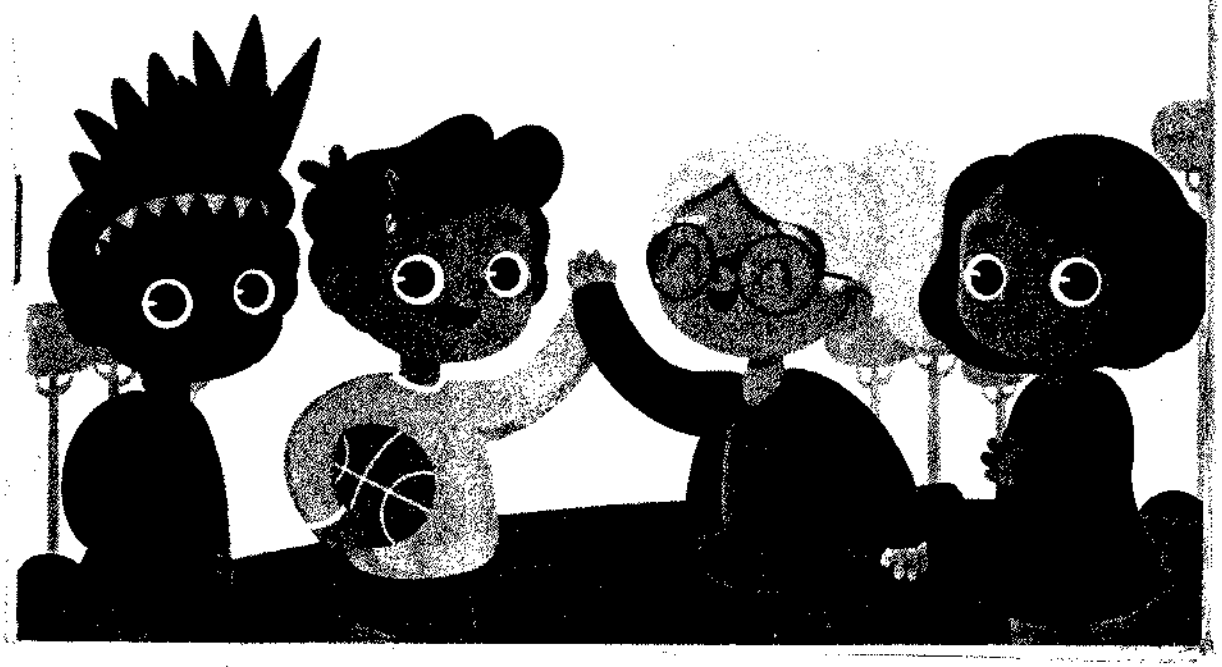
Responsable del niño (a):

YINA L

Teléfono:

EPS:

NUEVA EPS.

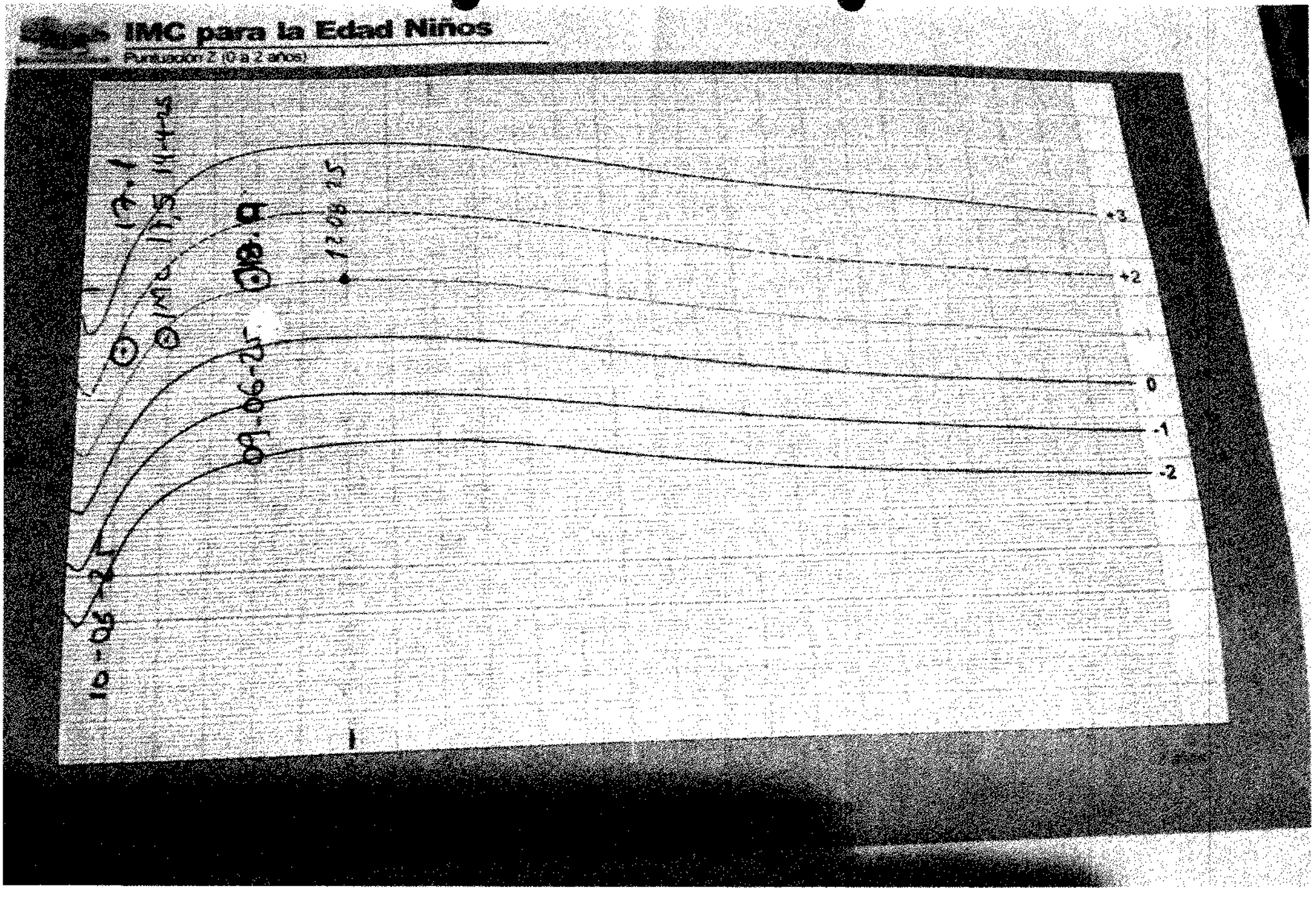


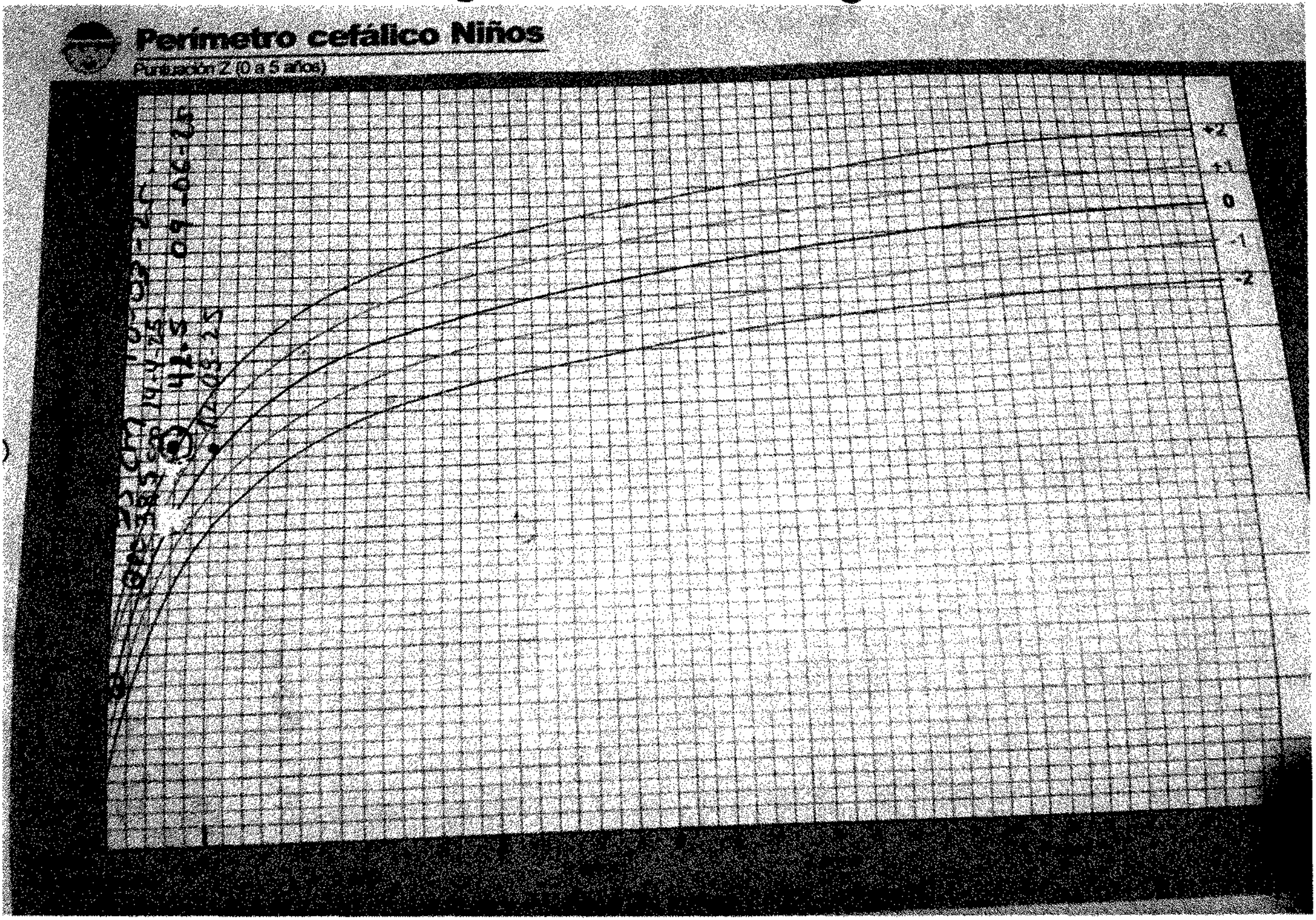
Peso para la Edad Niños

Nacimiento a 2 años (0 a 24 meses)

Peso para la Talla Niños

+2
+1
0
15-11-01
63cm 09-06-25
60cm 14-4-25
34cm 13-03-25
Tala para la cari nina
Antracon Z (0 a 2 años)


IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
+3
+2
0
-1
-2


Perímetro cefálico Niños
Puntuación Z (0 a 5 años)
+2
+1
0
-1
-2

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
10-03-25	5.0	54	35	11	17.1	09-04-25	
14-04-25	6.3	60	38.5	13.5	17.5	9-06-2025	
09-06-25	7.740	64	42.5	13.5	18.9	9-08-25	
12-08-2025	8.4	67	43	18	18.7	10 NOV 25	

CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
			✓	✓	
10	03	2025			
14	04	2025	Enfermería	SI ✓	Helena C.
[illegible]	Junio	2025	medica	c/ha	
10	Noviembre	2025	Enfermera	✓	Yolanda Smith
9	Febrero	2026.			

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud



Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Lian Alexander López patiño

RC: X | TI: | otro:

Tipo de Documento: 1 122 399 550 — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 9 (DIA) 02 (MES) 2023 (AÑO)

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: Rh:

Peso al nacer: 3500 Talla: 50

Dirección: la Dorada

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Yina vanesa lopez patiño

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

+1 122 332 264

Nombres y Apellidos: Tipo de identificación: No. ID:

Edad	Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	Jeringa entregada	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido						Lactancia materna exclusiva						
	BCG	Única	10	02	25	Serum	0331MAC02	HACP				Diana F.
	Hepatitis B	Recién nacido	10	02	25	Serum	0323X019E	HACP				Diana F.
2 meses						Lactancia materna exclusiva						
	Poliomielitis	1°	13	04	25	Bulgaria	1906031					
	*Pentavalente	1°	15	04	25	Serum	2653A020E					
	Rotavirus	1°	15	04	25	GSK	R00203AM					
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1°	15	04	25	Pfizer	WJ5233	E.S.E HPUD				Isabel Arias
4 meses						Lactancia materna exclusiva						
	Poliomielitis	2°	13	06	25	Bulgaria	1906031					
	Pentavalente	2°	13	06	25	Serum	2653A020E	E.S.E HPUD				Yesica Rivera
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2°	13	06	25	Pfizer	WJ5233					
	Rotavirus	2°	13	06	25	GSK	R00203AM					
6 meses						Lactancia materna exclusiva						
	Poliomielitis	3°	20	Nov	25	Bulgaria	24 23003					
	Pentavalente	3°	20	Nov	25	Serum	2653A020E	HPUD				Yesica Carolina
	Influenza estacional	1°	20	Nov	25	Sanofi	T10C8D3AA					
7 meses	Influenza estacional	2°	22	Sep	2025	Sanofi	P10C9D3AA	HPUD				Jennifer C.
12 meses	Sarampión, Rubéola, Paperas	1°										
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo										
	Varicela	1°										
	Hepatitis A	Única										
	**Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis	1er Refuerzo										
	Pentavalente	1er Refuerzo										
	Sarampión, Rubéola, Paperas	Refuerzo										
	***Fiebre Amarilla	Única	10	Nov	25	Sanofi	Y3D33	HPUD				Observ 18
5 años	Poliomielitis	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
A partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH) Tetra ☐ Nona ☐											
Un solo refuerzo a cualquier edad	Covid-19											
Vacunas a otras edades												

*Hib: H. Haemophilus influenzae tipo b

**De acuerdo al antecedente de primovacunación

***A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

Durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutri

16
RIV

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD: San Miguel FECHA: DIA 12 MES 09 AÑO 2025 HORA: 2pm

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES: Lian Alexander APELLIDOS: Lopez patiño

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NUMERO: 1122544550

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 9 MES: 2 AÑO: 2025 EDAD: años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas: la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2, COVID-19 reduce la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y cumple los pasos para la validación científica y son datos que permite su aplicación segura en humanos.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

Miedo a la reacción

¿COMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tejido muscular debajo del hombro).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar: Nngovo Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] Una dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reduce el riesgo de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Protege la transmisión de enfermos, familiares, los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea), artralgias (artralgia), musculares (mialgia), fatiga (cansancio), escalofríos, fiebre (pirexia), enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección, inflamación de los ganglios linfáticos (linfadenopatía), malestar general, sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica mas eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindarme la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

En consecuencia, decido: **ACEPTAR:** _____ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: _____

En caso de requerirse, identificación y firma del representante legal:

Nombres Yina Vanesa Lopez Patiño Apellidos _____

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1122337264

Firma: Yina Lopez

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____, identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma el(la) señor(a)

_____ identificado(a) con C.C ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ número _____

de _____

	Firma del Rogado	
Huella dactilar o plantar del Rogante	C.C. N°	C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Jenifer Yuleth Cabezas Meneses

Firma Jenifer C. Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): _____

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel

Nota: Cuanto se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal.

17

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.122.337.264



Apellidos
LOPEZ PATIÑO

Nombres
YINA VANESA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.56

Sexo
F

Fecha de nacimiento
21 NOV 2005

G.S.
O-

Lugar de nacimiento
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
24 NOV 2023, SAN MIGUEL(LA DORADA)

Firma

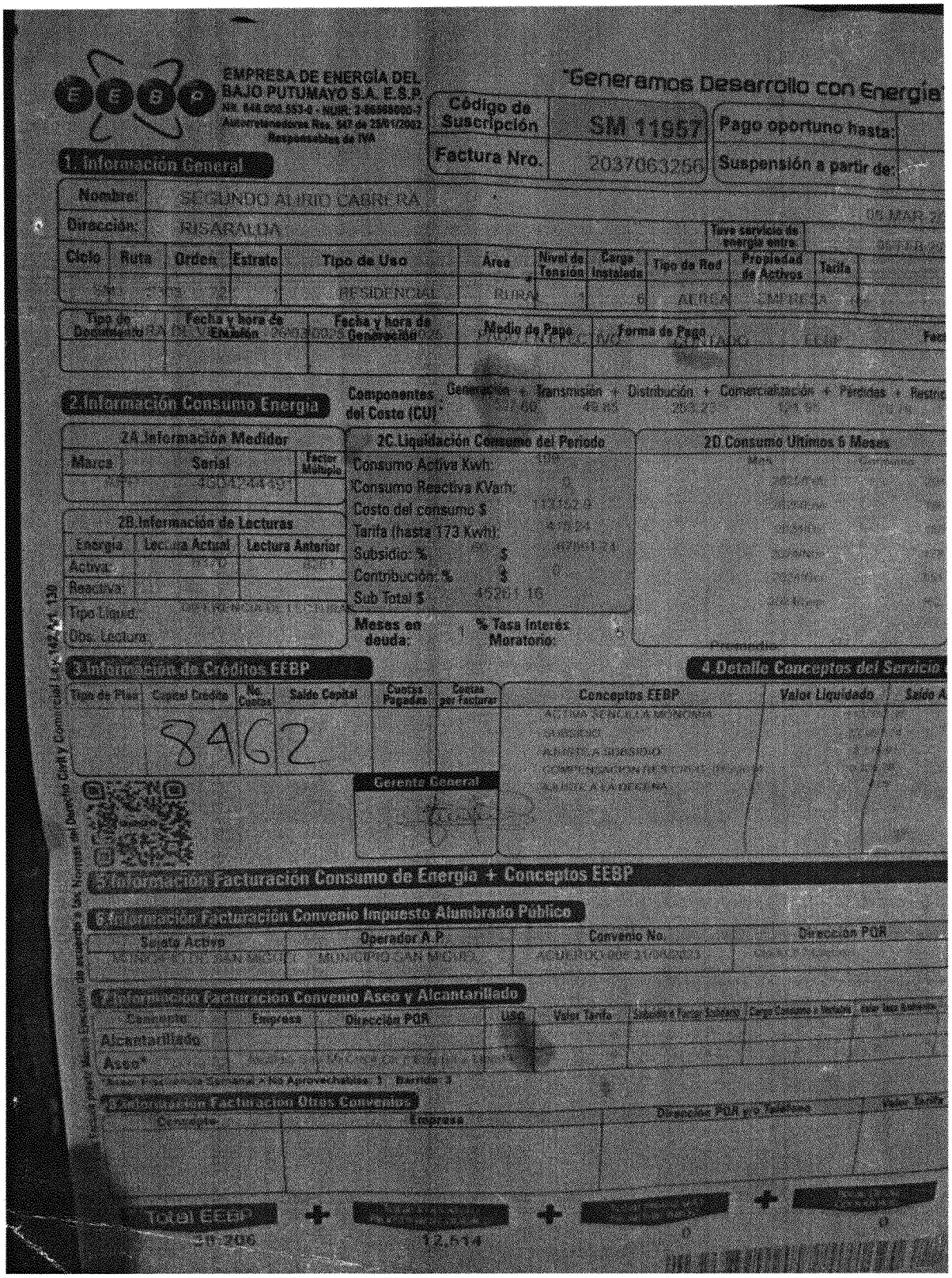
Fecha de expiración
02 DIC 2033

.CO

036033803

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0360338036640 18<<<<<<<<<<<
0511210F3312027COL1122337264<4
LOPEZ<PATINO<<YINA<VANESA<<<<<



EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
NIT. 848.000.553-0 - NURR: 2-86588000-3
Autorretenedores Res. 043 de 25012002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Código de Suscripción	SM 11957	Pago oportuno hasta:	
Factura Nro.	2037063256	Suspensión a partir de:	

1. Información General

Nombre: SEGUNDO AURIO CABRERA

Dirección: RIGARALDA

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	Tiene servicio de energía entre
				RESIDENCIAL	RURAL			AEREA	EMPRESA		

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago		Fec
				CONTADO	EFECTIVO	

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU)*	Generación +	Transmisión +	Distribución +	Comercialización +	Pérdidas +	Restric
	44.66	49.65	283.23	164.85		

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Multiplic
	4504244401	

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:		
Reactiva:		

Tipo Liquid.:
Dias Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Período

Consumo Activa Kwh:	0	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	0	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	0	
Subsidio: %	0	$
Contribución: %	0	$
Sub Total $	452811.16	

Meses en deuda: | % Tasa Interés Moratorio:

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo

3. Información Cuotas Créditos EEBP

Tipo de Plan	Capital Crédito	No. Cuotas	Saldo Capital	Cuotas Pagadas	Cuotas por facturar
	8462				

4. Detalle Conceptos del Servicio

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo A
ACTUAL SEGUNDO AURIO CABRERA		
SUBSIDIO		
AHORRO A SUBSIDIO		
COMERCIALIZACION DE ENERGIA		
AHORRO A LA ENERGIA		

Gerente General

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

6. Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PDR
ALCALDIA MUNICIPAL SAN MIGUEL	ALUMBRADO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 AÑO 2003	

7. Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección PDR	Uso	Valor Tarifa	Subsidio	Cargo Fijo	Cargo Consumo	Total	Valor Sin Subsidio
Alcantarillado									
Aseo*									

*Aseo: Factor Cobro Comercial = No Aprovechables: 1 Barrido: 0

8. Información Facturación Otros Conceptos

Concepto	Empresa	Dirección PDR y/o Teléfono	Valor Total

Total EEBP: 21.236 + 12.514 + 0 + 0

Fecha y hora de validación de acuerdo a las Normas del Decreto Cont y Comercial (Art 162, Art 130)

CARNET
RIAS

PRIMERA INFANCIA



E.S.E. HOSPITAL
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud

Nombres Y Apellidos	
JUAN ALEXANDER LOPEZ PATIÑO	
Doc. de Identidad	EPS
1123445550	NUEVA EPS
Teléfono	Domicilio
3223426032	V/RESGARACA

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGUN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)											
			5 DIAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-11 M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico				1 VEZ								
		Atención en salud por medicina general												
		Atención en salud por enfermería				1 VEZ								
		Atención en salud por Odontología												
		Promoción y apoyo de la lactancia materna												
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor												
		Profilaxis y remoción de placa												
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)												
	>	Vacunación												

Tania V. Villacorte
ODONTOLOGA
Reg.: 51 - 801

Fundación Alma de Vida
Fortaleciendo constructores de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Yina vanesa lopez Identificado con C.C N° 1122337264 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Lian Alexander lopez o Gestante ( ) Lactante (x), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis fernuritas, me comprometo a cumplir con los siguientes lineamientos:

1. Llevar personalmente o enviar con un adulto responsable debidamente autorizado, al niño o niña al encuentro en el horario establecido.
2. En caso de inasistencia, se debe diligenciar una excusa por una justa causa, dirigida a la maestra responsable de la unidad con anticipación.
3. En caso de que el usuario tenga cita o control médico, informar con anticipación a la maestra responsable para su registro.
4. Cuando el usuario vaya a llegar tarde al encuentro por una justa causa informar oportunamente a la maestra.
5. Participar y colaborar en todas las actividades programadas por la unidad comunitaria de atención, y el servicio ofrecido por el ICBF y la Fundación Alma de vida, pues estas son con el objetivo de mejorar la atención del niño o niña y sus familias.
6. Cuando tenga alguna queja, reclamo o sugerencia, seguir el CONDUCTO REGULAR: Maestra, Psicosocial o Auxiliar de enfermería, coordinador, Fundación e ICBF, teniendo en cuenta:
   - ✓ Hacerlo en el momento en el que ocurra el motivo o causa de la queja, reclamo o sugerencia.
   - ✓ Hacerlo con respeto, buenos modales y fines constructivos, que contribuyan al mejoramiento del servicio que ofrece a unidad de atención.
   - ✓ Tratarlo sólo en unidad, con la persona que corresponda de acuerdo al Conducto Regular y nunca hacer comentarios dañinos en la calle.
   - ✓ También se puede hacer a través del Buzón de Sugerencias.
7. Revisar los complementos nutricionales en el momento de entrega por parte de la maestra y reportar inmediatamente si se presenta novedades.

Se firma en San Miguel, a los 01 Días del mes de 04 del Año 2025.

Yina vanesa lopez
Madre o Acudiente
C.C 1122337264

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	11/07/2024
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 5	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Dan alexander lopez patiño, identificado (a) con documento de identidad número 1122344550, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, yina vanesa lopez patiño, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122331264 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por fundacion una deuda, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa EIC

Suscriben:

Firma: Yina Lopez Patiño
Nombre: yina vanesa lopez patiño
Calidad - Titular: madre Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3223426032
Fecha: 01/04/25
Municipio: San miguel.

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

RIV

Ciudad SAN MIGUEL

Nombre completo de la niña o niño LIAN ALEXANDER LOPEZ PATIÑO

Fecha de nacimiento 09 02 2025 **N° Documento de Identidad** 1.1.22.344.550

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 01 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador YENNIFER QUIÑONEZ

Fecha de registro cualitativo 03-04-2025

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

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

Observaciones generales

El niño LIAN Alexander lopez tiene un buen agarre de los objetos que se le faciliten como juguetes entre otros cuando algo le agrada fija su mirada en lo que le llama la atención objeto de colores, s

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Sandra Natalia Diaz

Fecha de registro cualitativo 06 10 2025

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

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

Observaciones generales

El niño Lian Lopez demuestra con gestos el deseo de que la madre o el cuidador juegue con el.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

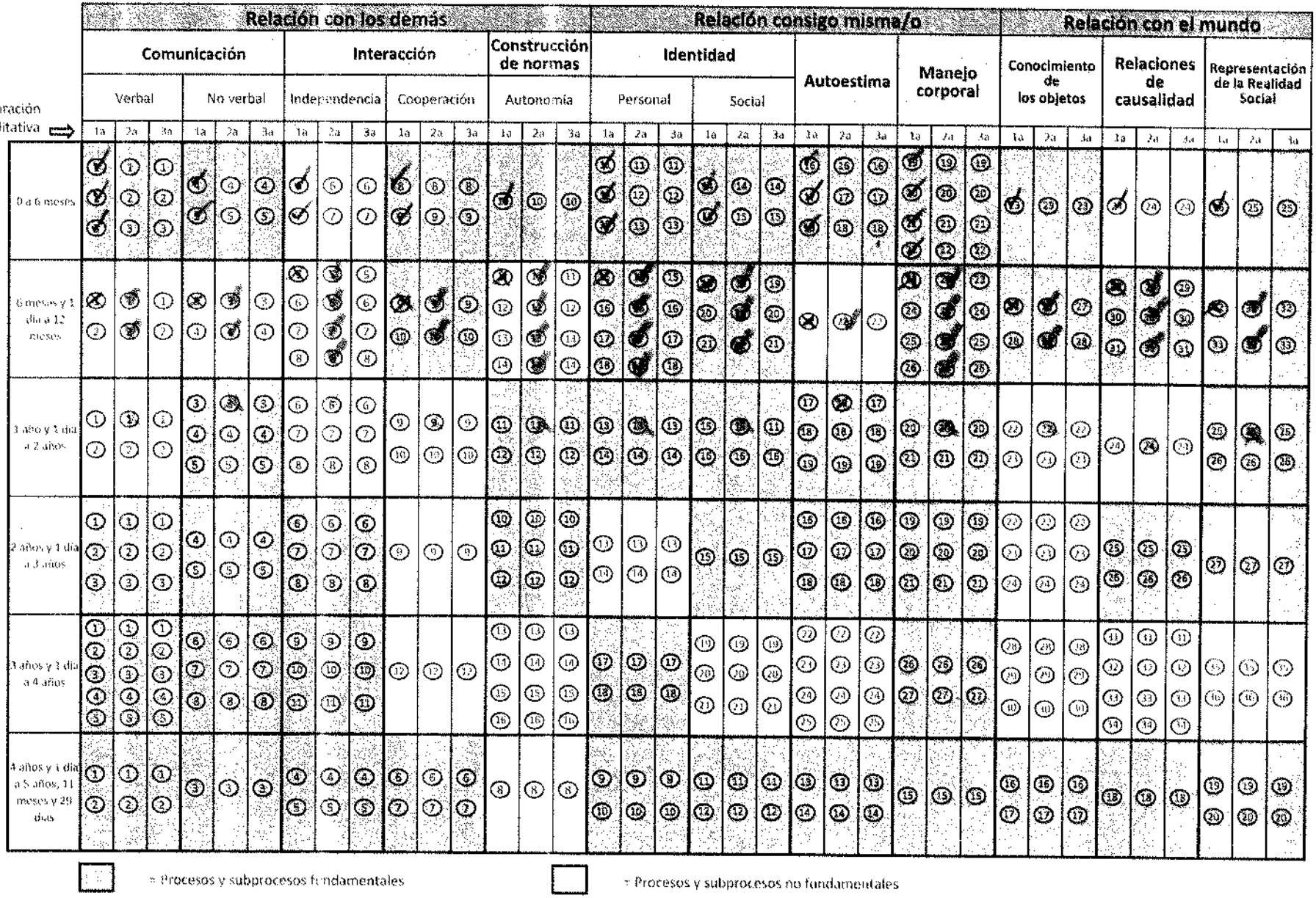
Fecha de resgistro cualitativo

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

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

Observaciones generales

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



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Natalia Diaz Reales NOMBRE UCA: Mis Ternuritas

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Liam Alexander patiño IDENTIFICACIÓN: 1122344350 FECHA DE NACIMIENTO: 9-02-2025

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
24-2-26	X				mediante comunicación via whatsapp la madre pide Permiso, Por el dia de hoy no Podra Asistir al Encuentro Por motivo de viaje a una cita medica a la ciudad de Puerto Asis	Yina Lopez	Natalia Diaz	se le recuerda a la madre la importancia de Asistir a los encuentros.	en la Comunicación la madre manifiesta que se le Presento el Viaje a ciudad de Puerto Asis por cuestiones de una cita medica se cierra novedad	la madre se Compromete Asistir a los Proximos encuentros y informar con Anticipación la Inasistencia a la Agente educativa

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O):_____ **NOMBRE UCA:** _____

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: _____ **IDENTIFICACIÓN:** _____ **FECHA DE NACIMIENTO:**_____

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					

24
R/V

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Andrea Cordoba NOMBRE UCA: Mis Tesoritas

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Lian Alexander Lopez IDENTIFICACIO: 1122445580 FECHA DE NACIMIENTO: 9-febrero-2020

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
30-09-2025	X		9am		Mediante llamado telefonico agente se comunica con la madre para preguntar si llevo al niño a la Vacuna, en donde refiere que Si	Yina Lopez	Andrea Cordoba	se sencibiliza sobre la importancia de llevar a los niños a las citas programados como derecho fundamental de la Salud.		Madre se compromete a hacer entrega de la copia el dia 1 de octubre.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Andrea Cordoba NOMBRE UCA: Mis Tesoritos

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Lian Alexander Lopez Patiño IDENTIFICACIO: 1122344550 FECHA DE NACIMIENTO: 9-Feb-2023

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
15-agosto-2025					Se realiza acompañamiento telefonico con la madre del niño Lian para recordarle cita de vacunas la cual tiene programada para el dia 19 dia no habil, se recomienda asistir el dia 19 que se retoma la prestacion del servicio en las entidades.		Andrea Cordoba	se recuerda la importancia de dar cumplimiento al esquema de vacunacion como derecho Primordial del niño.	el dia 20 de agosto en comunicación con la madre refiere que llevo al niño a la aplicacion de la vacuna de los 7 meses que tenia pendiente en su esquema de vacunacion el dia 20 de agosto la madre ose entrega de carnet de vacunas actualizado por lo tanto se cierra la novedad.	asistir a los encuentros y citas Programados