Fundación
Alma de Vida
Fomentando la caminos de esperanza

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,

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

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



FECHA SOLICITUD CUPO: 1-4-25 **FECHA INGRESO:** 2-6-25

UDS: Mis Ternuritas **MUNICIPIO:** San miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
MARIANA TAPIA CASTRO

TIENE REGISTRO CIVIL: SI x NO__ **NUIP No.** 1122344628

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? _____

FECHA NACIMIENTO: 12-06-2025 **EDAD:** 01 **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?: NA **MOTIVO DEL RETIRO:** _____ **PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF:** SI: __ NO: x CUAL: _____ **EPS DEL PARTICIPANTE:** N/A

SUBSIDIADO: _ **CONTRIBUTIVO:** _ **PRESENTA DISCAPACIDAD:** SI: __ NO: x **DIAGNOSTICO:** _____

N/A **ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD:** N/A

_____ **PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD:** SI: __ NO: x CUAL: _____

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: x CUAL: _____ **TIENE SISBEN:** SI: x NO: __ **PUNTAJE:** NA **DESPLAZADO:** SI: _ NO: x **VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:** SI: NA NO: x **RED UNIDOS:** SI: ____ NO: ___

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ___ NO: x CUAL: _____

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: HECTOR German Tapia Realpe **No. IDENTIFICACION:** 1122344628 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/ Risalda **CELULAR:** NA **E.P.S:** NA

OCUPACION U OFICIO: OBRERO **EMPRESA DONDE LABORA:** N/A **NIVEL DE ESCOLARIDAD:** Bachillerato **PROFESIÓN:** N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: YAMILET CASTRO GILON **No. IDENTIFICACION:** 1122339105 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/ Risalda **CELULAR:** 3147887638 **E.P.S:** EMSSANAR

OCUPACION U OFICIO: ama de casa **EMPRESA DONDE LABORA:** _____ **NIVEL DE ESCOLARIDAD:** Bachiller **PROFESIÓN:** N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Yamile Castro Gilon.

NUMERO IDENTIFICACION: 1122339105 **CELULAR:** 3147887638

DIRECCION: V/ RISALDA. **PARENTESCO:** Madre

Yamile Castro
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Natalia Diaz
FIRMA AGENTE EDUCATIVA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.628

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61698024

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [X] [ ] [4]

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

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TAPIA	CASTRO

Nombre(s)

MARIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes JUN Día 12	FEMENINO	A	NEGATIVO

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	250601101924 63

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: CASTRO GILON YAMILE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.339.105	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: TAPIA REALPE HECTOR GERMAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 18.182.881	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CASTRO GILON YAMILE

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.339.105	

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 JUN Día 20	MAIRA SELENY [illegible] LORA - REGIST
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
German Tapia	
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Sisbén

Fecha de consulta: 14/07/2025

Ficha: 86757013478300000333

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **MARIANA**

Apellidos: **TAPIA CASTRO**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122344628**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **09/11/2017**

Última actualización ciudadano: **25/06/2025**

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**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **MARIA ZORAYDA LINARES MONTE**

Dirección: **Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libert**

Teléfono: **4210537 - 32131387**

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

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	1122344628
NOMBRES	MARIANA
APELLIDOS	TAPIA CASTRO
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	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	13/06/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/03/2025 12:02:26	**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

CANOS

MIS DATOS:

Nombres:
Mariana

Apellidos
Tapia Castro.

Fecha de nacimiento:
12 06 2025

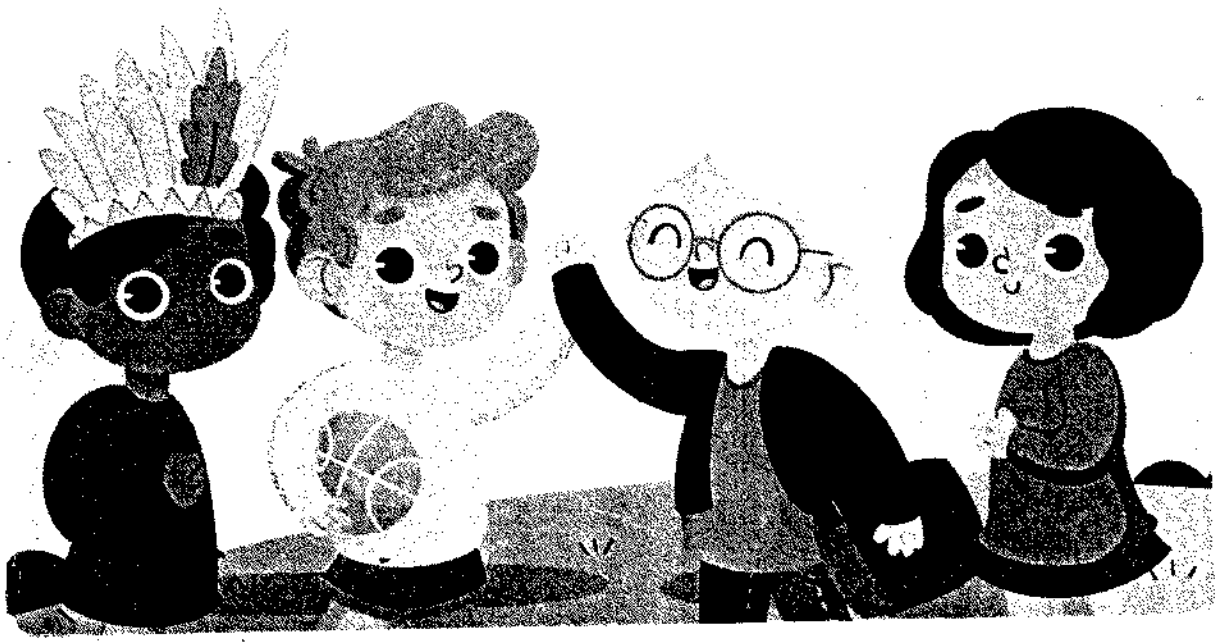
Historia Clinica:
1122344628

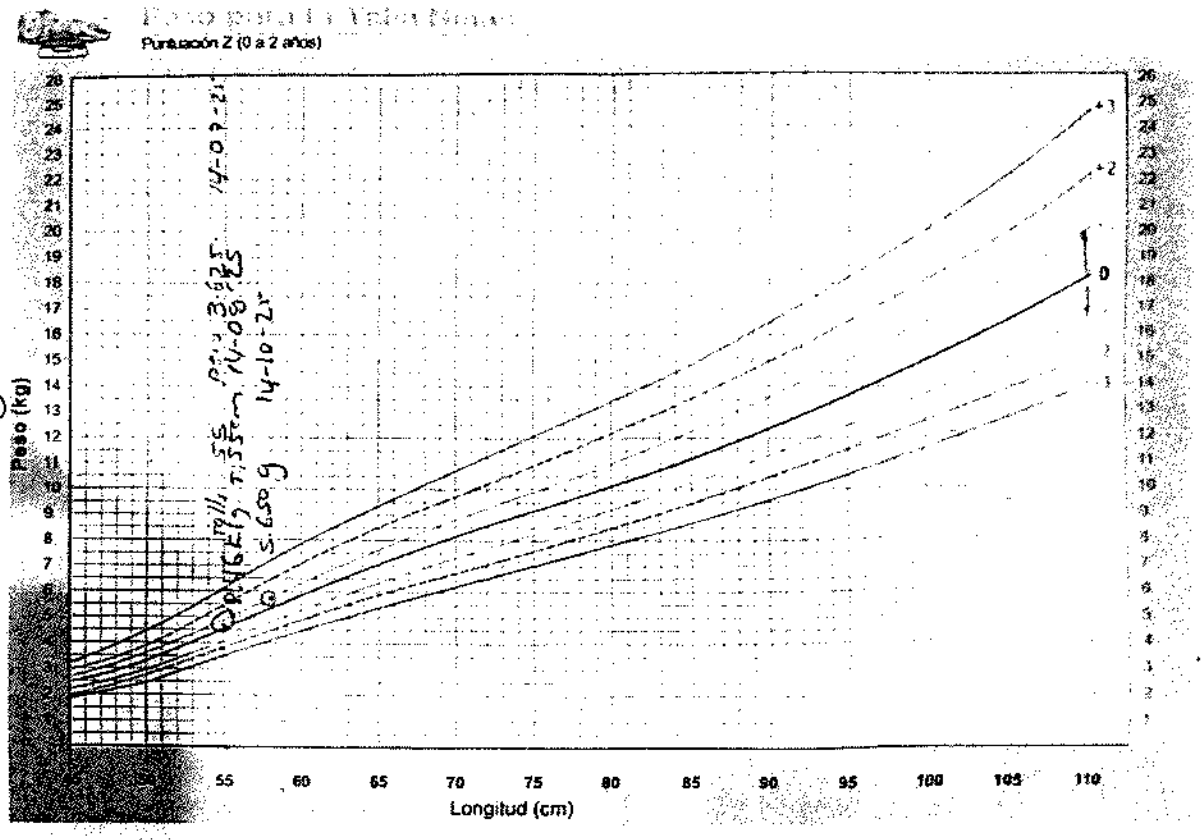
Barrio / Vereda:
La libertad.

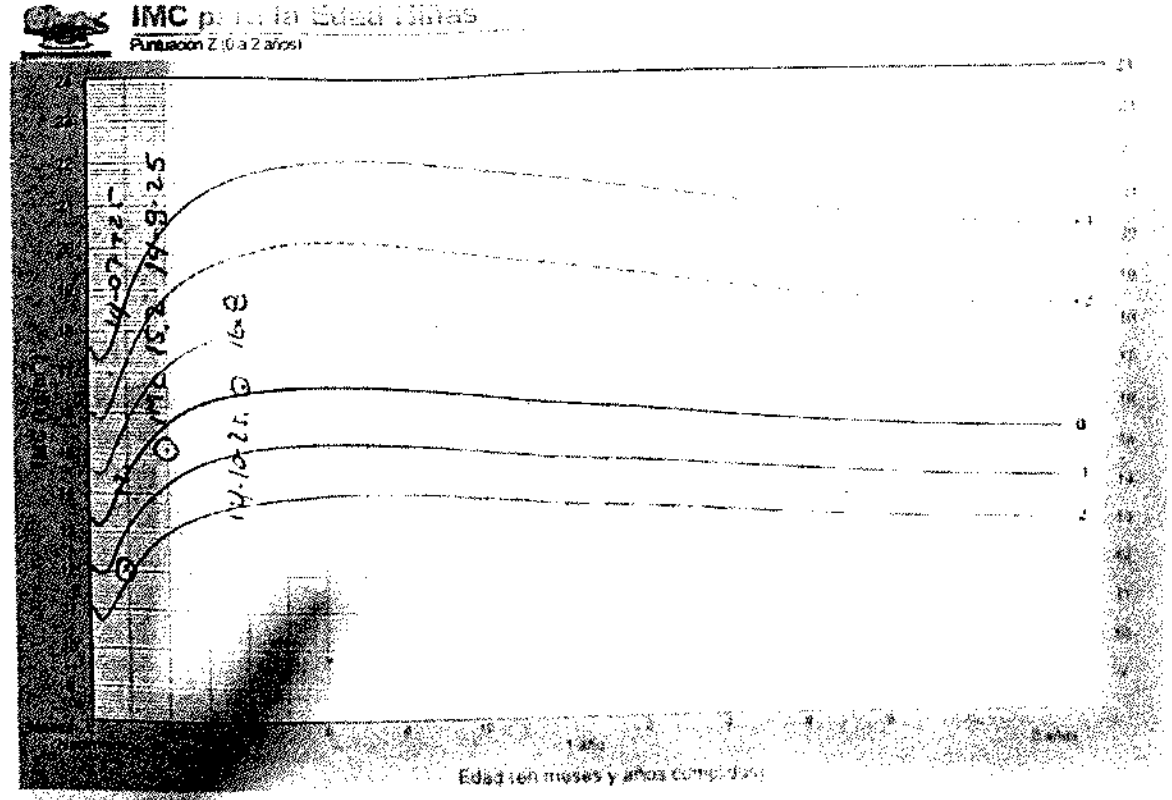
Responsable del niño (a):
Yamile Gilon.

Teléfono:
3147887638

EPS:
Emssanar.

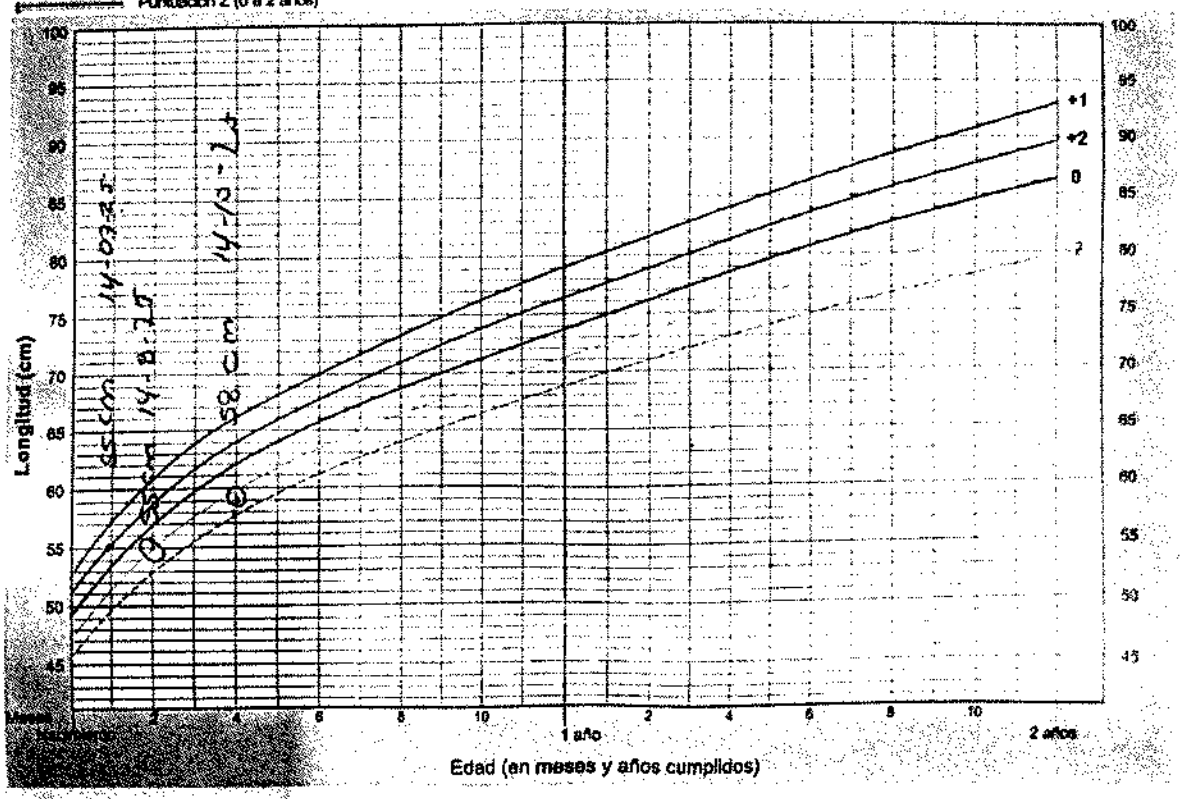



Peso para la Talla Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Longitud (cm)
55
60
65
70
75
80
85
90
95
100
105
110
+3
+2
0
-1
-2
-3


IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Edad en meses y años cumplidos
+3
+2
0
-1
-2
-3

Talla para la Edad Niñas

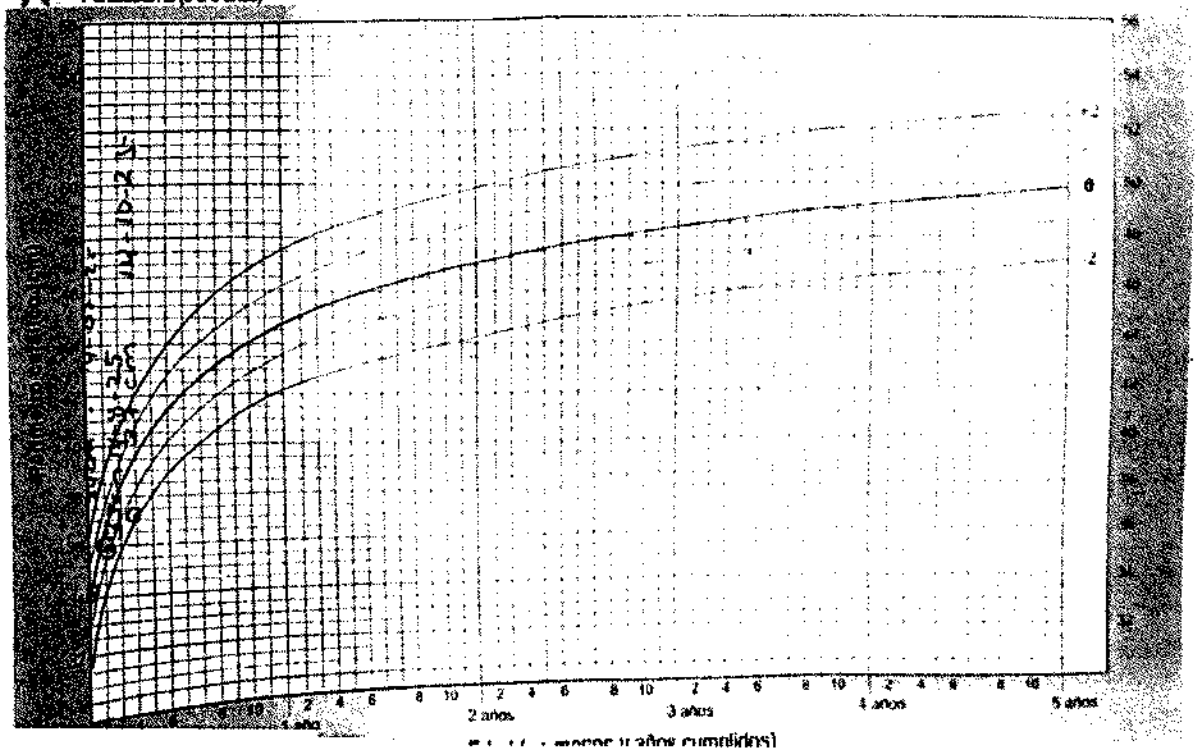
Puntuación Z (0 a 2 años)



⑧

Perímetro cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)

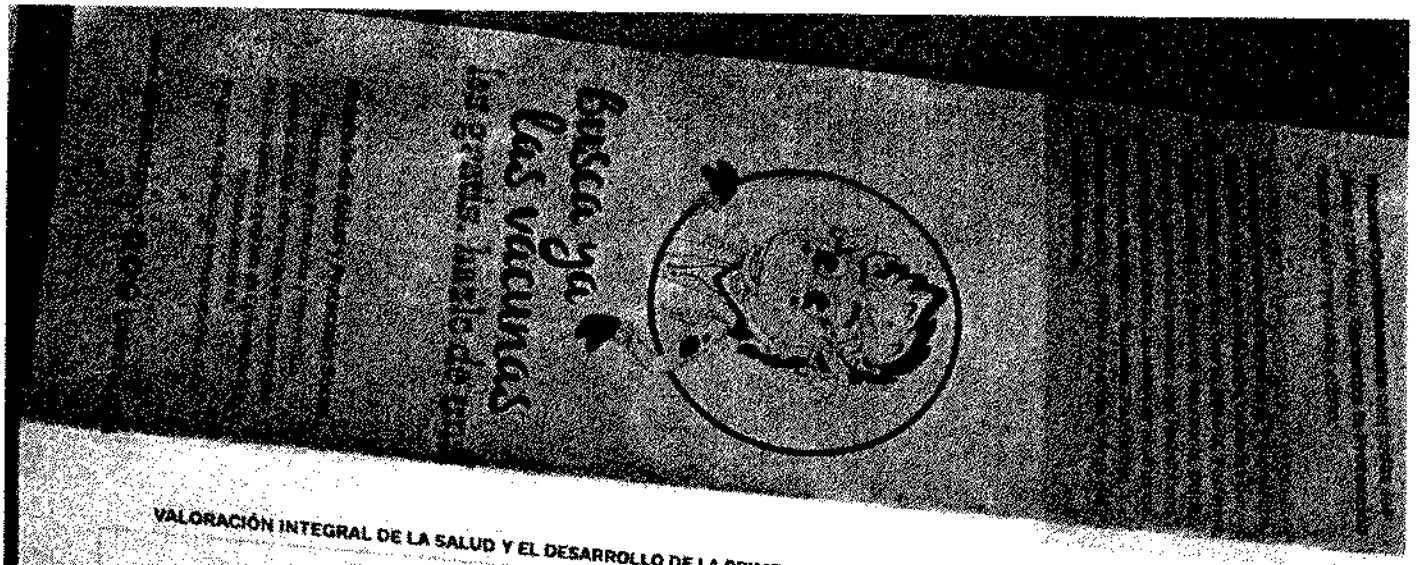


⑥

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	NO
14	07	2025	3:00	✓	
14	08	2025	Tele.	SI ✓	Milena C
12	oct	2025	Medxo	SI	[illegible]
12	12	2025	Tele.		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perimetro Cefálico	Perimetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
14-07-25	3.625	55	34	11,5	12	14-08-25	
14-8-25	4,6	55	35	12,5	15.2	19-10-2025	
14-10-25	5650	58	37	14,5	16.8	12-12-25	



VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO

Resultado Tamizaje Neonatal			
	TSH neonatal	Normal	Alterado
	Auditivo OEA/PEAA	Normal	Alterado
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal	Alterado
	Visual	Normal	Alterado

ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1ª entrega
2ª entrega
3ª entrega
4ª entrega
5ª entrega

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL

AGUDEZA VISUAL
3 años
4 años
5 años

*Menor o igual a 20 normal

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración Nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1ª entrega
2ª entrega
3ª entrega

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años

Nombre: Mariana
Apellidos: Ortiz Castro
Documento: 1122344838
No. de Documento
Fecha de nacimiento: 12 de 2015
Edad: 4 Meses 0
Talla: 48
Peso: 2015
Tipo de sangre: A+
Nombre del padre: Camilo Castro Galeo
Teléfono: 2113651638
Nombre de la madre: Valle Gomez
Teléfono: 3175223690

Nombres y Apellidos

Tipo de identificación

Número de folio

2 meses	Hepatitis B	Única	
	Difteria, Tétanos, Tosferina acelular, Hepatitis B, Infección por Haemophilus influenzae tipo b (Hib), Poliomielitis (VIP)	1ª	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 PCV 13	1ª	
	Rotavirus	1ª	
4 meses	Difteria, Tétanos, Tosferina acelular, Hepatitis B, Infección por Haemophilus influenzae tipo b (Hib), Poliomielitis (VIP)	2ª	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 PCV 13	2ª	
	Rotavirus	2ª	
6 meses	Difteria, Tétanos, Tosferina acelular, Hepatitis B, Infección por Haemophilus influenzae tipo b (Hib), Poliomielitis (VIP)	3ª	
	Influenza estacional	1ª	
7 meses	Influenza estacional	2ª	
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 PCV 13	Refuerzo	
	Varicela	1ª	
	Hepatitis A	Única	
	Influenza estacional	Anual	
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	
	Difteria, Tosferina y Tétanos DPT Pentavalente	1er Refuerzo	
	Fiebre Amarilla	Única	
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	
	Poliomielitis (VIP) (VOPb)	2do Refuerzo	
	Difteria, Tétanos, Tosferina acelular	2do Refuerzo	
	Varicela	Refuerzo	
9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª	
		2ª	
		3ª	
10 años	dT	1ª	
		2ª	
		1er Refuerzo	
		2do Refuerzo	

Diligenciado en presencia padre/ ***A los 12 meses se revisarán los esquemas aplicados de acuerdo a la normatividad vigente. Recuerde que debe recibir todas las vacunas del esquema de vacunación de niños y las niñas durante los primeros 5 años de vida para garantizar su protección.

Tipo de identificación

Número de folio

2 meses	Hepatitis B	Única	
	Difteria, Tétanos, Tosferina acelular, Hepatitis B, Infección por Haemophilus influenzae tipo b (Hib), Poliomielitis (VIP)	1ª	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 PCV 13	1ª	
	Rotavirus	1ª	
4 meses	Difteria, Tétanos, Tosferina acelular, Hepatitis B, Infección por Haemophilus influenzae tipo b (Hib), Poliomielitis (VIP)	2ª	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 PCV 13	2ª	
	Rotavirus	2ª	
6 meses	Difteria, Tétanos, Tosferina acelular, Hepatitis B, Infección por Haemophilus influenzae tipo b (Hib), Poliomielitis (VIP)	3ª	
	Influenza estacional	1ª	
7 meses	Influenza estacional	2ª	
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 PCV 13	Refuerzo	
	Varicela	1ª	
	Hepatitis A	Única	
	Influenza estacional	Anual	
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	
	Difteria, Tosferina y Tétanos DPT Pentavalente	1er Refuerzo	
	Fiebre Amarilla	Única	
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	
	Poliomielitis (VIP) (VOPb)	2do Refuerzo	
	Difteria, Tétanos, Tosferina acelular	2do Refuerzo	
	Varicela	Refuerzo	
9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª	
		2ª	
		3ª	
10 años	dT	1ª	
		2ª	
		1er Refuerzo	
		2do Refuerzo	

* Las vacunas y complementar con otros documentos disponibles

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.339.105
CASTRO GILON
APELLIDOS
YAMILE
NOMBRES





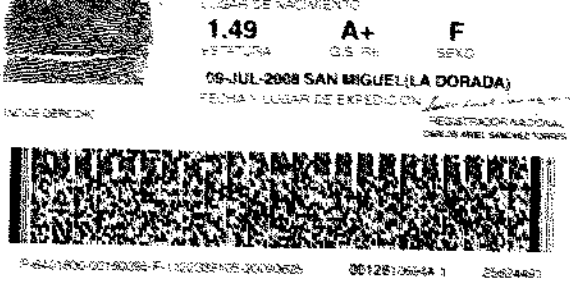
FECHA DE NACIMIENTO 03-JUN-1990
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
VALLE DEL GUAMUEZ (PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.49 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

09-JUL-2008 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 18.182.661



APELLIDOS
TAPIA REALPE

NOMBRES
HECTOR GERMAN

LUGAR DE NACIMIENTO
COL

ESTATURA
1.6

SEXO
M

FECHA DE NACIMIENTO
20 JUL 1985

G+

LUGAR DE EXPEDICION
SAN MIGUEL-LA DORADA
(PUTUMAYO)

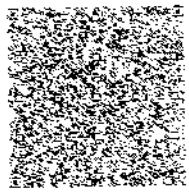
FECHA Y LUGAR DE INSCRIPCION
04 AGO 2003, SAN MIGUEL-LA DORADA

FIRMA

FECHA DE VENCIMIENTO
27 ENE 2033

0152919 58

REGISTRADOR NACIONAL



ICCOL0152919586401 8<<<<<<<<<<
8507206M3301270COL18182661<<<6
TAPIA<REALPE<<HECTOR<GERMAN<<<

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Codigo de Suscripción	SM 38273	Pago oportuno hasta:	06-MAR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037005[illegible]4	Suspensión a partir de:	07-MAR-2025	FEBRERO 2025

Último pago	$
30-ENE-2025	[illegible]

Tuve servicio de energía entre: [illegible] 26-FEB-20

Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
URBANA	1	1.5	AEREA	EMPRESA	1	SAN MIGUEL - LA LIBERTAD

Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta

Generación + Transmisión + Distribución + Comercialización + Pérdidas + Restricción = CU [illegible] ($/KwH)

[illegible] 86.03 [illegible] 117.33 [illegible] 10.4 = [illegible]

ación Consumo del Periodo

iva Kwh:	100
ctiva KVarh:	0
sumo $	100169.99
73 Kwh):	402.74
	59.79 $ -59896.04
	0 $ 0
	40273.95

% Tasa Interés Moratorio: .5

2D.Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
[illegible]	121
[illegible]	102
2024/Nov	116
2024/Oct	106
[illegible]	125
[illegible]	102

2E.Información Calidad del Servicio

[illegible] 01-0000-342415

Transformador SLD111 Carga 22

DUG 30.24 FRG 19 Carga: G14

Cargo D 257.19 Dado %I 22

CFC 121.21

DII 81.16 LII 96.00

IIC 1.16 VC 3.00

Valor a cancelar [illegible] 1'460.01

3.Información Facturación Consumo de Energía

Tipo de Cliente	Total Credito	Saldo Capital	Cuotas Pagadas	Cuotas por Facturar

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONUMA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
SUBSIDIO	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
AJUSTE ASIGNADO	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COMPENSACION RESTRICCION	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
AJUSTE A LA DECENA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Gerente General

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 30.709

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 006 31-8-2023	[illegible]	8,141	0	8,141

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado				0	0	0	0	0	0	0
Aseo*	Alcaldia San Miguel 4 Cll 7 Esq BLA Libertad		0.00	0	0	0	0	0	0	6,000

*Aseo: Frecuencia Semanal > No Aprovechables: 3 Barrido: 3

8.Información Facturación Otros Convenios

Concepto	Empresa	Dirección PQR y/o Teléfono	Valor Tarifa	Saldo Anterior	Valor Total
					0
					0
					0

Total EEBP	+	Tot. Impuesto Alumbrado Público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
30,709		8,141		6,000		0		44,850

CUFE: [illegible]

[illegible]

Pague fácil por Internet en www.eebpsa.com.co/factura

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Factura Física: EEBP 121268

[illegible] facturación electrónica DIAN No [illegible]

[illegible] Desde No: 1 Hasta No: 1000000

[illegible]

Esta Factura presta Mérito Ejecutivo de acuerdo a las Normas del Derecho Civil y Comercial Ley 142 Art. 130

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT 860026530-2 Software: fact-e

Información de Interés

- Verifique número de suscripción, nombre y dirección del usuario antes de cancelar la factura.
- Reclame el recibo de pago de la factura de consumo de energía en el punto de recaudo. Para efectos de reclamación presente el recibo de pago.
- Los valores facturados por convenio con otras Entidades son responsabilidad de las empresas que prestan dichos servicios.
- Puedes presentar tu PQR sin salir de casa, a través de https://eebpsa.com.co/pqr/ opción Formulario Web PQR.
- Informe oportunamente cualquier cambio relacionado con los datos de los usuarios (nombres, dirección, clase de servicio, etc), esto es necesario para la entrega de su factura.
- Los únicos autorizados para manipular su conexión son los funcionarios de la Empresa de Energía, da lugar a sanciones si usted lo manipula o permite a otros que lo hagan.
- Puede solicitar el envío de su factura a su correo electrónico, debe informar en cualquiera de los puntos de atención al cliente de la empresa para que la factura llegue a través de este medio.

Si no recibe oportunamente la factura de servicio de energía o si la extravía, sírvase reclamar en las oficinas de la empresa o descargala en la página https://eebpsa.com.co//actura/ ya que lo anterior no lo exime del pago oportuno del servicio.

Puntos de pago

SuperGIROS

efecty

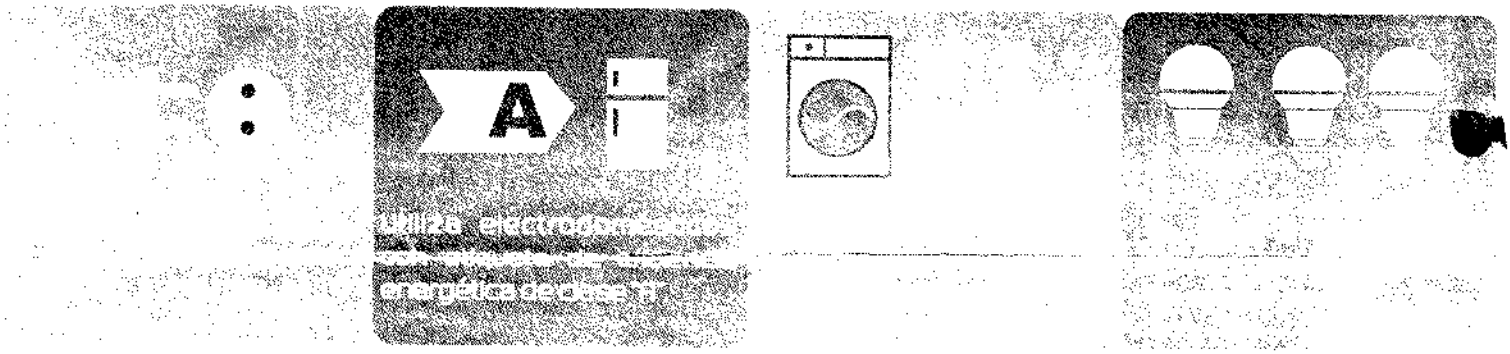
Banco Agrario

pse

BBVA

https://eebpsa.com.co/factura/

Consejos para Ahorrar Energía



Punto de Venta ENERGILUT

Materiales eléctricos para instalaciones internas.
Materiales eléctricos para BT y MT.
Iluminación con tecnología LED. Herrajes.
y mucho más.



PAGUE EN CUOTAS MENSUALES SU COMPRA DE MATERIALES ELÉCTRICOS, A TRAVÉS DE LA FACTURA DE ENERGÍA.

Calle 10 con Carrera 27 ESQ. Bl El Carmen. Tel 422 7559 Ext. 114 - Cel. 310 850 4254 - Puerto Asís (Putumayo)

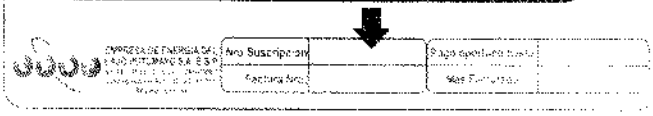
Con el carnet de accionista EEBP, obtendrá el 10% de descuento por compra de superficies de cocción

Líneas de Reporte de daños o desconexiones

01 8000 942 415
Línea gratuita



Aquí está tu número de suscripción



Líneas de Atención para PQR

422 7559 Ext. 116 - 126 - 118
PQR
320 916 8199

Celular: 310 625 6754
320 916 8199

Celular: 310 800 9175
310 800 9175

Celular: 310 570 6447
310 570 6447

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Yamile castro Identificado con C.C N° 1122539105 en calidad de: padre o madre ( ), del niño o niña: Mariana taPia o Gestante ( ) Lactante (x), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis tesoritas, 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 13 Días del mes de 06 del Año 2025.

Yamile Castro Giron
Madre o Acudiente
C.C 1122539105

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

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad MARIANA TAPIA CASTRO, identificado (a) con documento de identidad número RC. 1122349628, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	x	Audios	x	Videos	x	Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, YAMILET CASTRO GILON, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122339905, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	x	Audios	x	Videos	x	Otros datos personales	x

La autorización comprende:

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

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

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

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

Suscriben:

Firma: Yamilet Castro Gilon
Nombre: Yamile Castro Gilon
Calidad - Titular: x Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3147889638
Fecha: ____
Municipio: San Miguel

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño MARIANA TAPIA CASTRO

Fecha de nacimiento 12 06 2025 **N° Documento de Identidad** 1122344628

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 12 06 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Natalia Diaz Rivales

Fecha de registro cualitativo 02 09 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

la niña Mariana esta en Perfil esperado ya a su Corta edad ya le llaman la atención objetos Coloridos, le gusta escuchar canciones infantiles,

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro 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)***

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

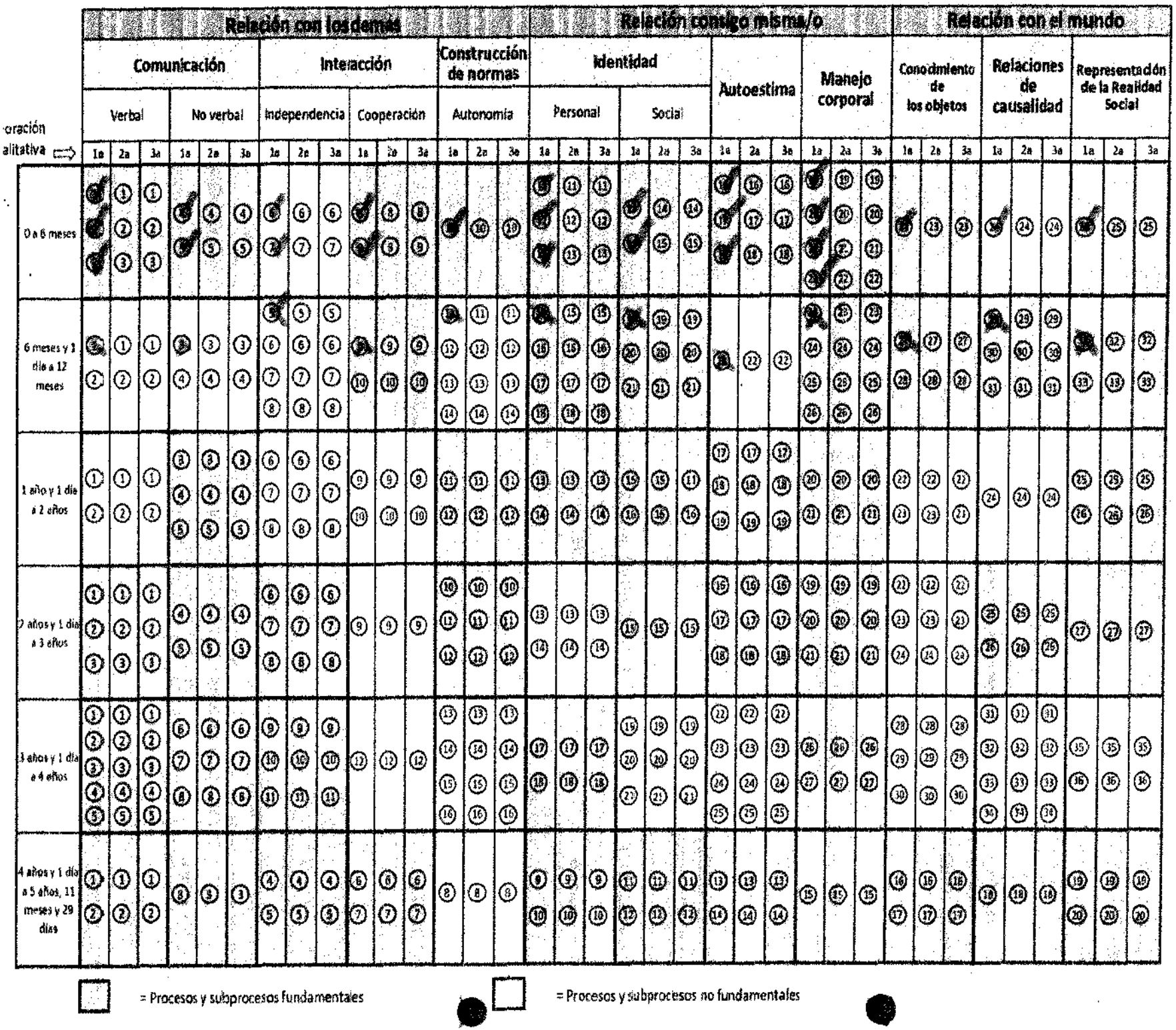
Fecha de resgistro cualitativo

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