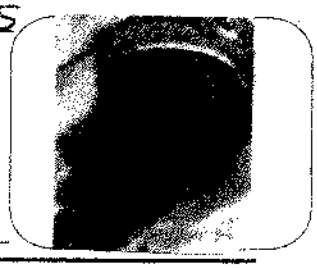
Fundación Alma de Vida

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripción y Matricula con ffotografía 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).
7	Copia del carnet de vacunación.
8	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
9	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
10	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
11	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
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	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
17	Formato de autorización uso de imágenes.
18	Planilla seguimiento nutricional
19	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
20	OTROS: Formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa (Cuando aplique

321 48 93 126
3217748798
almadevida@outlook.com

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



FECHA SOLICITUD CUPO: 09-11-2025 **FECHA INGRESO:** 09-11-2025

UDS: Mis Terruitas **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Iker Santiago Ortiz Cuaran

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ **NUIP No.** 1126462855

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? _____

FECHA NACIMIENTO: 09-11-2025 **EDAD:** 10 dias Nac **MUNICIPIO:** Puerto Asis

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

DE RESIDENCIA: V1 Risaralda **ESTRATO:** _____ **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: _____ NO: X

CUAL?: _____ **MOTIVO DEL RETIRO:** _____ **PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF:** SI: __ NO: X CUAL: _ **EPS DEL PARTICIPANTE:** _____

SUBSIDIADO: _ **CONTRIBUTIVO:** _ **PRESENTA DISCAPACIDAD:** SI: __ NO: X **DIAGNOSTICO:** _____ **ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD:** N/A **PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD:** SI: ___ NO: X

CUAL: N/A **PRESENTA ALGUNA ALERGIA:** SI: ___ NO: X CUAL: ___

N/A **TIENE SISBEN:** SI: ___ NO: ___ PUNTAJE: _____

DESPLAZADO: SI: _ NO: X **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: Alex Senover Ortiz Torres

No. IDENTIFICACION: 1006996006 **DIRECCION RESIDENCIA:** V1 Risaralda

CELULAR: 3228190776 **E.P.S:** Emsanar

OCUPACION U OFICIO: Oficios Varios

EMPRESA DONDE LABORA: N/A.

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nayeli Fernanda Cuaran Rosero

No. IDENTIFICACION: 1006787821 **DIRECCION RESIDENCIA:** V1 Risaralda

CELULAR: 3228190776 **E.P.S:** Emsanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Nayeli Fernanda Cuaran R.

NUMERO IDENTIFICACION: 1006996006 **CELULAR:** 3228190776

DIRECCION: V1 Risaralda **PARENTESCO:** Madre

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE
Fernanda Cuaran

FIRMA AGENTE EDUCATIVA
Natalia Diaz

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.126.462.855

Indicativo Serial 60984430

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Asignadura ☐ Notaría ☐ Número ☐☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 1 - A

Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE VALLE DEL GUAMUEZ - COLOMBIA - PUTUMAYO - VALLE DEL

Datos del inscrito

Primer Apellido: ORTIZ | Segundo Apellido: GUARAN

Nombre(s): IKER SANTIAGO

Fecha de nacimiento: Año 2025 Mes NOV Día 09 | Sexo (en letras): MASCULINO | Grupo sanguíneo: O | Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección): COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Certificado de nacido vivo: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 251156103823O5

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas indígenas con usos consuetudinarios o parejas del mismo sexo, acudir al procedimiento que indiquen las disposiciones para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: GUARAN ROSERO NAYELI PEIGIANDE

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.006.936.006 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas indígenas con usos consuetudinarios o parejas del mismo sexo, acudir al procedimiento que indiquen las disposiciones para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: ORTIZ TORRES ALEX SENOVER

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.006.787.821 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ORTIZ TORRES ALEX SENOVER

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.006.787.821 | Firma

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: Año 2025 Mes NOV Día 13

Nombre y firma del funcionario que autoriza: CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

• ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO •

• 60984430 •

3

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ESTA REPRODUCCION FOTOMECANICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA

FIRMA

ENTREGADO 13 NOV 20

Registraduría Nacional del Estado Civil

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 18/11/2025

Ficha: 86865049478000000854



Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: IKER SANTIAGO

Apellidos: ORTIZ CUARAN

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126462855

Municipio: Valle del Guamuéz

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/08/2021

Última actualización ciudadano: 18/11/2025

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: BELSY MILDRED GOMEZ ERASO

Dirección: Calle 7 No 5 - 20

Teléfono: 4282059 - 3134307915

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



Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos

Edad: [ ] Años

Tipo de Documento

No. de Documento

Fecha de Nacimiento: [09] Día [11] Mes [2025] Año

Sexo: Masculino

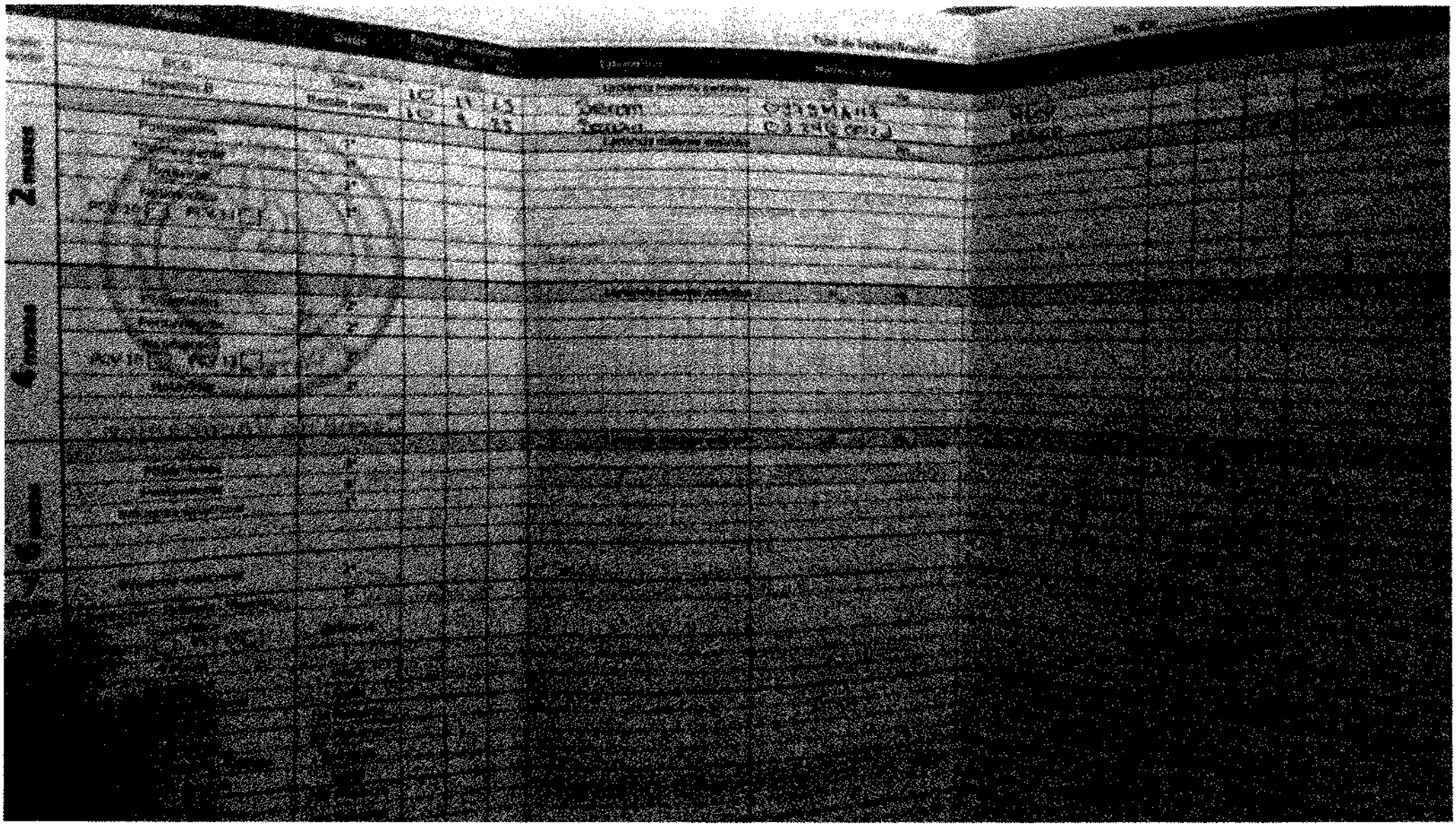
Grupo sanguíneo: Rh:

Peso: 32 kg Talla: 30

Nombre del Padre: Carlos Fernando Cuevas L.

Nombre de la Madre: Ana Cecilia del Cid Cuevas

Nombre del Tutor:


2 mm
4 mm

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.996.006
CUARAN ROSERO

APELLIDOS
NAYELI FERNANDA

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 05-JUN-2000
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

05-JUN-2018 VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-0402800-01023251-F-1006996006-20180716 0061943304A 2 49778779

- 3229190775 Mar.

- 3137179386.

25, 22 03, 04





EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.553-0 - NUIR: 2-86568000-7
Autorretenedores Res. 847 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	VG 15951	Pago oportuno hasta:	22-JUL-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037185799	Suspensión a partir de:	23-JUL-2025	JUNIO 2025

1. Información General

Nombre:	JUAN IMBAQUIN JIMENEZ		22-JUN-2025	Último pago	$ 485,570
Dirección:	SECTOR LORO 8	Tiene servicio de energía entre:	10-MAY-2025 - 09-JUN-2025 (30)		25-JUN-2025

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geográfica
V04	V419	5	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	1.286	AEREA	EMPRESA	1OE	VALLE DEL GUAMUEZ - VEREDA SECTOR LORO 8

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta	
FACTURA DE VENTA	25\06\0025	25\06\0025	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP	289282

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU): Generación + Transmisión + Distribución + Comercialización + Pérdidas + Restricción
410.07 + 56.76 + 262.47 + 141.08 + 57.54 + 45.56 = CU 973 ($/KwH)

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Multiplicador
MET	12129881	

2B. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	249		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	242501.1		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	447.46		
Subsidio: %	54.05	$	-91074.07
Contribución: %		$	0
Sub Total $	151427.03		

Meses en deuda: 1 % Tasa Interés Moratorio: .5

2C. Consumo Últimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/May	566
2025/Abr	96
2025/Mar	222
2025/Feb	183
2025/Ene	131
2024/Dic	293

Promedio: 249

2D. Información Calidad del Servicio

Tel O.R. EEPB 01 8000 942415
Transformador VLD097 Grupo 32
DIUG 95.56 FIUG 36 Circuito C14
Cargo D 269.61 Dscto % 20
CEC 0.00
DIU 95.73 FIC 91.00
HC 0.00 VC 0.00
Valor a compensar 0.00

3. Información de Créditos EEBP

Fecha	Capital Crédito	Cuotas	Valor Cuota	Cuotas Pagadas	Cuotas por Facturar

Gerente General

21153

4. Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Ajustes a Anteriores	TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	242,501	10	0 0.00	242,501
SUBSIDIO	-91,074	07	0 0.00	- 91,074
AJUSTE A SUBSIDIO	3,644	03	0 0.00	3,644
AJUSTE A LA DECENA		62	0 0.00	- 4

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 155,067

6. Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección POR	Valor Período	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO VALLE DEL GUAM	MUNICIPIO VALLE DEL GUAMU	ACUERDO 22 DE 16-DIC-2020	Calle [illegible] No 5-11	12853	0	12,853

7. Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección POR	Días	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado										0
Aseo*										0
										0

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

8. Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
155,067		12,853		0		0		167,920

CUFE: [illegible]

(415)7709998005532(8020)10002037185789 26(3900)0000167920(96)20250722

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 289282

Resolución de facturación electrónica DIAN No 18764083711801
de fecha: 20\11\2024 desde No. 1 hasta No. 1000000
vigencia: 20\11\2024

Esta Factura presta Mérito Ejecutivo de acuerdo a las Normas del Código Civil y Comercial (Art. 422)

Proveedor Tecnológico: diligencias S.A.S. NIT: 860028580-2 Software: fact4

Fundación Alma de Vida
Fortaleciendo comunos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo NAYELI CUARAN MOSERO Identificado con C.C N° 1.006496006 en calidad de: padre o madre (madre), del niño o niña: Iker Santiago Ortiz Cuaran. o Gestante (x) Lactante (X), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis Temporitas, 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 07 del Año 2025.

Nayeli Cuaran.
Madre o Acudiente
C.C 1006996006.

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 Iker Santiago Ortiz Cuaran, identificado (a) con documento de identidad número 1.126.462855 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, NAYELI CUARAN ROSERO, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.006996006, 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	

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 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 ETC

Suscriben:

Firma: Nayeli cuaran Rosero
Nombre: Nayeli cuaran
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 04-07-2025
Municipio: San Miguel

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Iker Santiago Ortiz C. IDENTIFICACIÓN: 1126462855 FECHA DE NACIMIENTO: 04-11-2025

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					
17-11-2025	x				Se hace llamado telefonico a la madre para preguntar le acerca del Carnet de control Crecimiento y desarrollo	Fernanda Cuacan	Natalia Diaz	Se recuerda y sencibiliza a la madre acerca de la importancia de llevar al niño a los Controles de Crecimiento y drsarrollo	la madre manifiesta que se acerco al hospital a preguntar acerca del Primer Control de crecimiento y desarrollo, en el cual le información que el Control lo	la madre se Compromete a llevar al niño puntualmente al Primer Control y demas. Se cierra Novedad.
									tiene para el dia 15-12-2025	