Gmail **FUNDACION ALMA DE VIDA <coordinaciongeneralfunavi@gmail.com>**

# NOTIFICACION INFORME DE NOVEDAD FALLECIMIENTO

**FUNDACION ALMA DE VIDA** <coordinaciongeneralfunavi@gmail.com> 1 de junio de 2025, 1:21 p.m.
Para: Maria Eugenia Salazar Perez <Maria.SalazarP@icbf.gov.co>, Ana Cristina Bados Montano <Ana.Bados@icbf.gov.co>, Wendy Vanesa Guevara Hernandez <Wendy.Guevara@icbf.gov.co>, Yesika Luz Correa Agresot <yesika.correa@icbf.gov.co>, fundacion alma de vida <almadevida@outlook.com>

DOCTORA

MARIA EUGENIA SALAZAR
COORDINADORA CZ LA HORMIGA

Cordial saludo,

Dra.Por medio del presente damos a conocer el fallecimiento de un participante de la vereda Yarinal,de la UCA Confancitos del futuro de la modalidad EIC, manifiesta la agente educativa que en los encuentros presenciales estuvo muy bien a la fecha 15 de mayo donde se entregó RPP, a partir del 20 de mayo tras el seguimiento manifiesta que tiene una leve gripe fue al hospital, le dieron salida al siguiente dia,tras llamadas mencionó la madre que estaba bien de salud ,pero el dia el viernes 20 que se le llamó dio a conocer que se encontraba en la ciudad de Pasto en el Hospital Infantil con signos de neumonía y fue valorado por médicos especializados, el dia de hoy dan a conocer que el niño falleció la noche de ayer.31 de mayo.
Realizaremos el debido acompañamiento,activación de póliza y mantendremos informando de la novedad.

Gracias por su amable atención.

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.122.344.425

Indicativo Serial 63700430

63700430

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registrador [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [X] [ ] [ ]

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

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

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| GIL | LUCITANTE |

Nombre(s)

HEINER IVAN

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2 0 2 4 Mes A B R Día 1 2 | MASCULINO | O | POSITIVO |

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

COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 240478109443 66 |

**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

LUCITANTE PAYAGUAJE LEYDI

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.122.338.488 | 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

GIL GARCIA BYRON BOLIVAR

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| DE 2100495999 | ECUADOR |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

LUCITANTE PAYAGUAJE LEYDI

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1.122.338.488 | Leydi Lucitante |

**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 2 0 2 4 Mes M A Y Día 1 4 | ROY BRISON CAMPO QUIRAMA - REGIST |
| | Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

ESPACIO PARA NOTAS

14.MAY.2024 - LIBRO DE VARIOS

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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 | 1122344425 |
| NOMBRES | HEINER IVAN |
| APELLIDOS | GIL LUCITANTE |
| 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 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI | SUBSIDIADO | 22/04/2024 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 05/14/2025 12:07:45 | **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

**Vacunar Oportunamente** con todas las dosis a tus hijos, **Garantiza la Protección** frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, **Hepatitis B**, **Poliomielitis**, **Meningitis** y otras enfermedades causadas por Haemophilus influenzae tipo B, **Difteria**, **Tosferina**, **Tétanos**, **Diarrea** por rotavirus, **Neumonía**, **Otitis**, **Meningitis** bacteriana causada por Neumococo, **Enfermedad** respiratoria causada por el virus de la influenza, **Sarampión**, **Rubeola**, **Parotiditis**, **Varicela**, **Hepatitis A**, **Fiebre Amarilla** y **Virus del** Papiloma Humano.



**Busca ya las vacunas**

¡es gratis, hazlo de una!

**Ministerio de Salud y Protección Social**

Dirección de Promoción y Prevención

Subdirección de Enfermedades Transmisibles

Grupo de Gestión integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles

Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

**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**

| | | |

Nombres y Apellidos: _____ Tipo de Indentificación _____ No. ID: _____

| | Me protege de | Dosis | Fecha de aplicación Día | Mes | Año | Laboratorio | Número de lote | IPS vacunadora | Fecha próxima cita Día | Mes | Año | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ | | | | | | | | | |
| Recién Nacido | Tuberculosis meningea (BCG) | Única | 22 | 04 | 24 | Serum | 0372MA052 | HFLD | | | | Isabell |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 22 | 04 | 24 | Serum | 0321401BB | | | | | Isabell |
| | | | Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ | | | | | | | | | |
| 2 meses | Poliomielitis (VIP) | 1ª | 25 | 06 | 24 | Biological | 2 2 3 3 0 0 5 | | | | | |
| | Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) (Pentavalente) | 1ª | 25 | 06 | 24 | Serum | 2 8 5 2 X 0 1 4 B | | 22/junio/24 | | | Saoly Martinez |
| | Hepatitis B (Pentavalente) | 1ª | 25 | 06 | 24 | Serum | 2 8 5 2 X 0 1 4 B | | | | | |
| | Difteria, Tétanos, Tosferina (Pentavalente) | 1ª | 25 | 06 | 24 | Serum | 2 8 5 2 X 0 1 4 B | | | | | |
| | Diarrea por rotavirus | 1ª | 25 | 06 | 24 | GSK | A R 0 1 D 8 3 8 AB | HFLD | | | | |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐ | 1ª | 25 | 06 | 24 | Pfizer | 6 J 8 6 3 6 | | | | | |
| | | | Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ | | | | | | | | | |
| 4 meses | Poliomielitis (VIP) | 2ª | 03 | 09 | 24 | Biologicals | 2 2 3 9 0 0 3 | | | | | |
| | Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) (Pentavalente) | 2ª | 03 | 09 | 24 | Serum | 2 8 5 2 X 0 1 4 A | HFLD | CITA: 25-AGOSTO 2024 | | | Kerly Jimenez |
| | Hepatitis B (Pentavalente) | 2ª | 03 | 09 | 24 | Serum | 2 8 5 2 X 0 1 4 A | | | | | |
| | Difteria, Tétanos, Tosferina (Pentavalente) | 2ª | 03 | 09 | 24 | Serum | 2 8 5 2 X 0 1 4 A | | | | | |
| | Diarrea por rotavirus | 2ª | 03 | 09 | 24 | GSK | A R 0 1 D 8 3 8 BA | | | | | |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐ | 2ª | 03 | 09 | 24 | Pfizer | 6 X 1 9 1 2 | | | | | |
| | | | Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐ | | | | | | | | | |
| 6 meses | Poliomielitis (VIP) | 3ª | 25 | 11 | 24 | Biologicals | 2 3 3 9 0 0 3 | | | | | |
| | Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) (Pentavalente) | 3ª | 25 | 11 | 24 | Serum | 2 8 5 2 X 0 1 0 | HFLD | Cita: 03-Noviembre 2024 | | | Eduard IB |
| | Hepatitis B (Pentavalente) | 3ª | 25 | 11 | 24 | Serum | 2 8 5 2 X 0 1 0 | | | | | |
| | Difteria, Tétanos, Tosferina (Pentavalente) | 3ª | 25 | 11 | 24 | Serum | 2 8 5 2 X 0 1 0 | | | | | |
| | Influenza estacional | 1ª | 10 | 05 | 25 | Butantan | P 1 0 0 7 9 2 7 94 | HFLD | | | | Eduard IB |
| 7 meses | Influenza estacional | 2ª | | | | | | | | | | |
| 12 meses | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 1ª | 10 | 05 | 25 | Serum | 0 1 3 2 N 0 7 4 A | HFLD | | | | |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☒ | Refuerzo | 10 | 05 | 25 | Pfizer | H J 8 L 7 7 | HFLD | 22 abril 25 1 AÑO | | | Eduard IPial |
| | Varicela | 1ª | 10 | 05 | 25 | merck | Y 0 1 8 5 9 0 | HFLD | | | | |
| | Hepatitis A | Única | 10 | 05 | 25 | Sinovac | Y 0 0 5 2 8 5 | HFLD | | | | |
| | *Influenza estacional | Anual | | | | | | | | | | |
| 18 meses | Poliomielitis (VIP) | 1er Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐ | 1er Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | **Fiebre Amarilla | Única | 10 | 05 | 25 | Sanofi | 2 4 6 0 0 8 2 | HFLD | | | | Eduard IB |
| 5 años | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 2ª | | | | | | | cita 10/junio/25 | | | |
| | Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐ | 2do Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Difteria, Tétanos, Tosferina | 2do Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Varicela | Refuerzo | | | | | | | | | | |
| Niñas a partir de los 9 años | Virus del papiloma humano (VPH) | 1ª | | | | | | | | | | |
| | | 2ª | | | | | | | | | | |
| | | 3ª | | | | | | | | | | |
| Sin rango de edad | Covid-19 | 1ª | | | | | | | | | | |
| | | 2ª | | | | | | | | | | |
| | | 1er Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | | 2do Refuerzo | | | | | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | | | | | | | | | | | | |

*De acuerdo al antecedente de primovacunación **A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños 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 nutritivos

# CARNET DE CONTROL

## NIÑO Y NIÑA

## ...Sanos



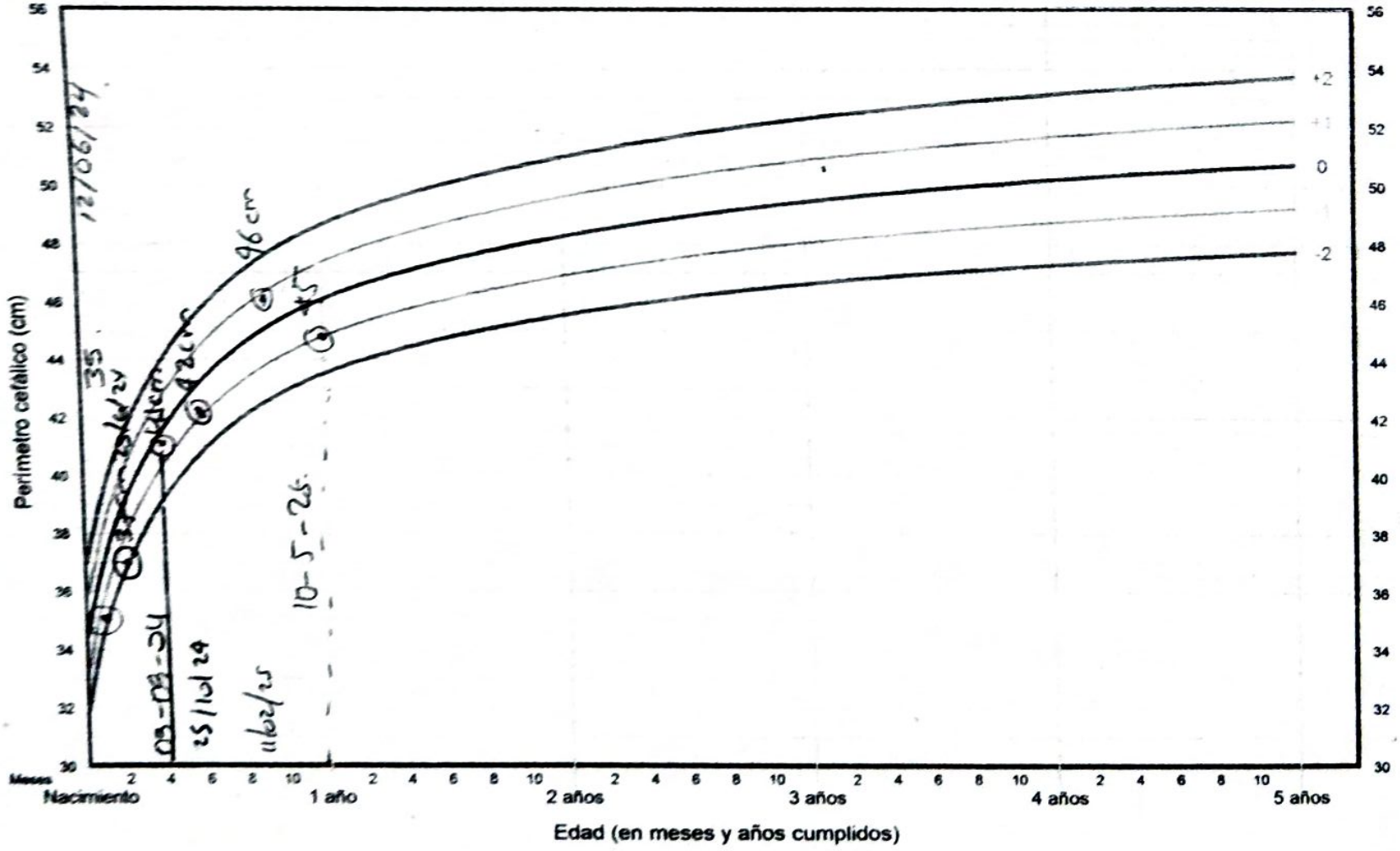
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

## MIS DATOS

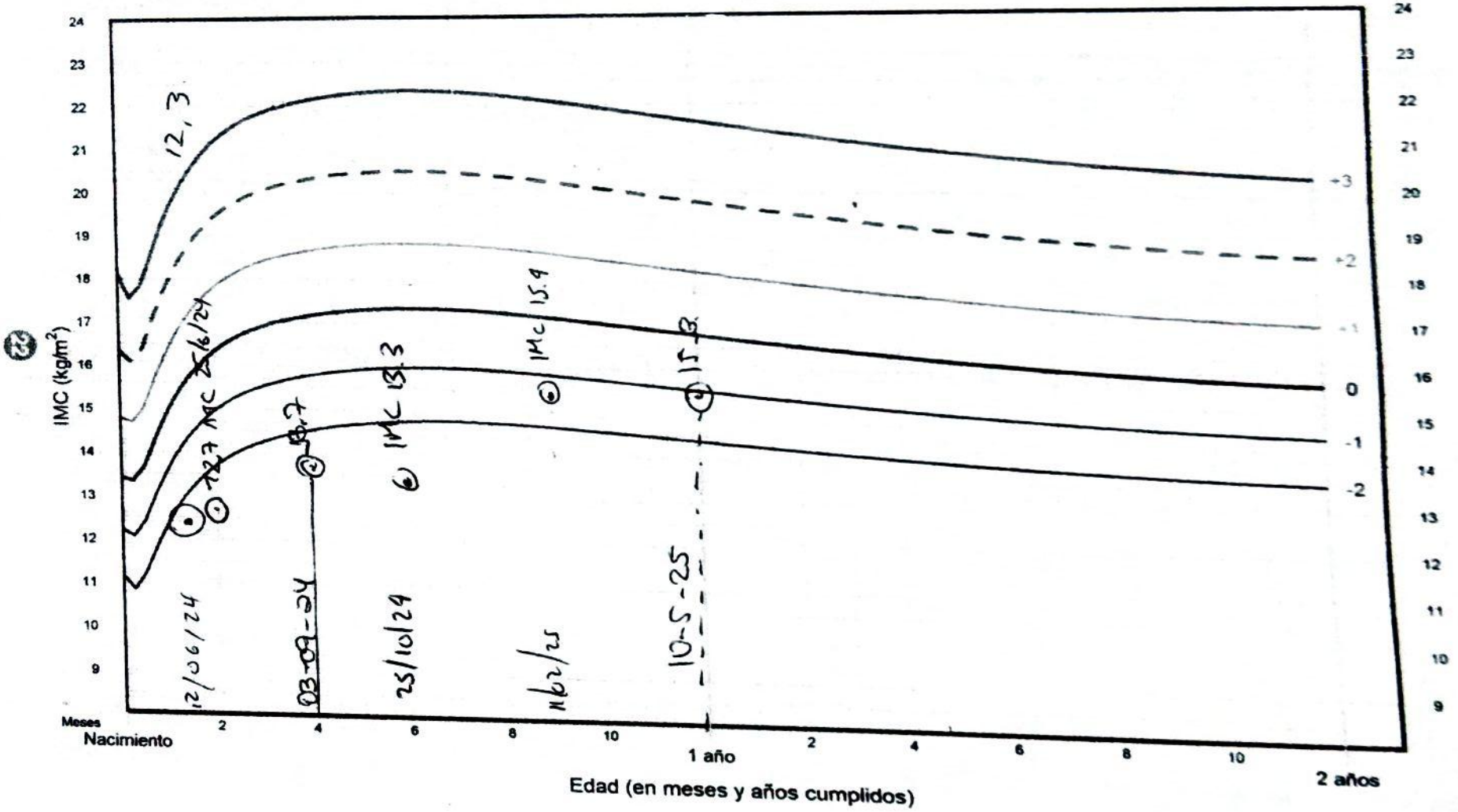
| | |
|---|---|
| Nombres: Heiner Ivan | Apellidos: Gil Watante |
| Fecha de nacimiento: 22 (DÍA) \| 04 (MES) \| 2024 (AÑO) | Historia Clínica: 1.122.344.425 |
| Barrio/Vereda: Resguardo Yarinal | Responsable del niño: Leidy Watante |
| Teléfono: | EPS: Mallamas |

# Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)

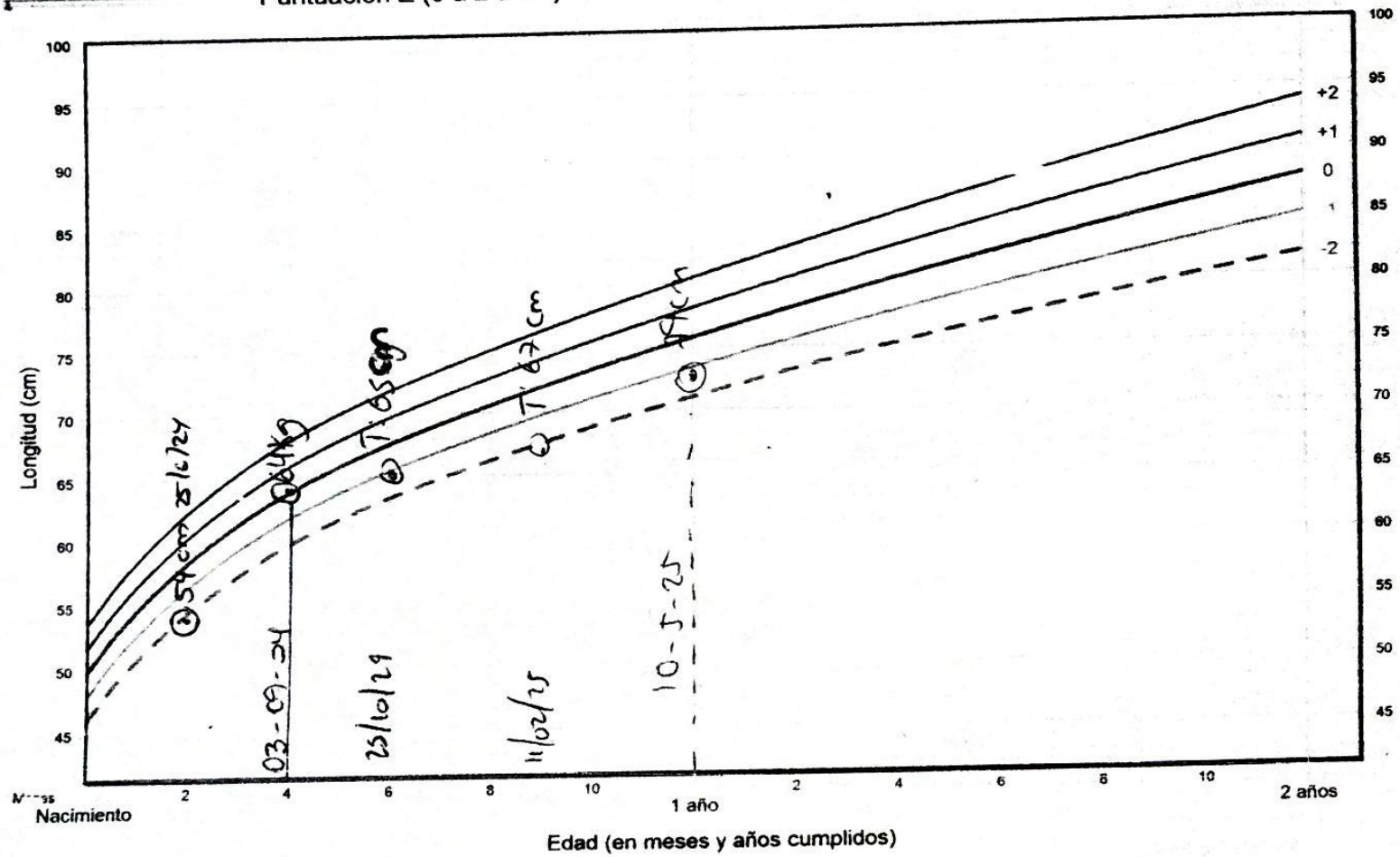


Puntuación Z (0 a 2 años)

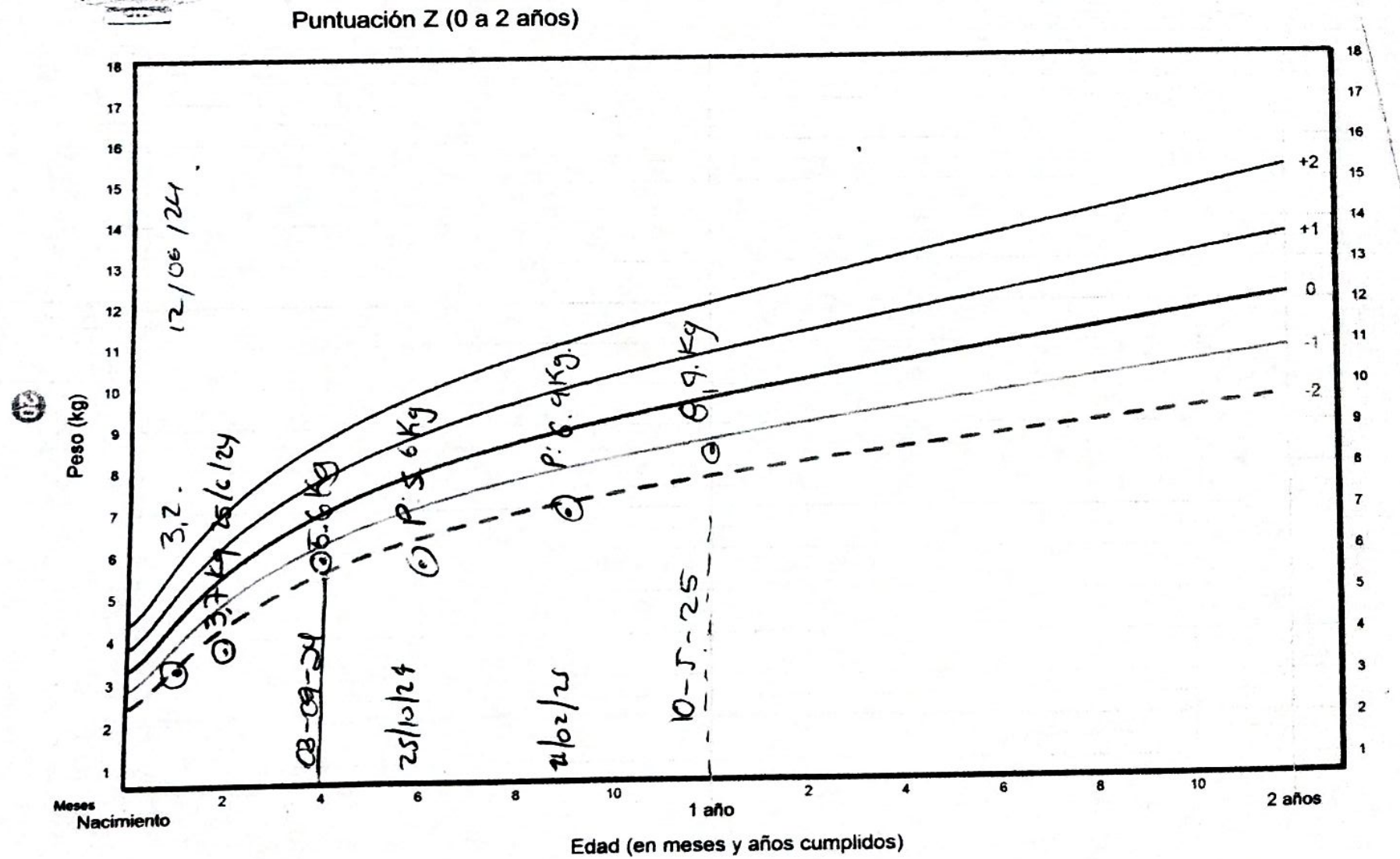


Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

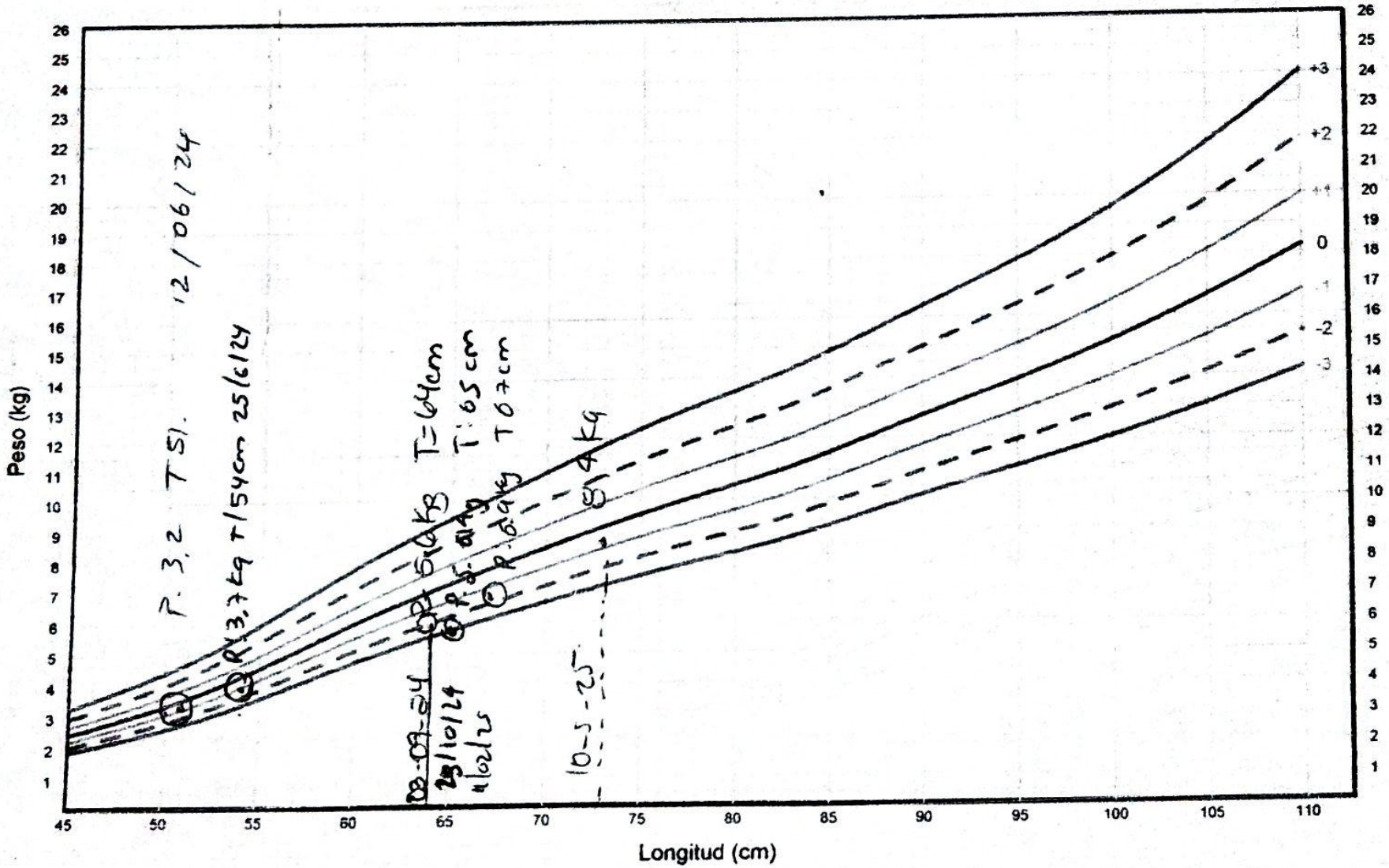


# Peso para la Edad Niños



# Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



# CITAS PROGRAMADAS

| DÍA | MES | AÑO | HORA | ASISTIÓ SÍ | ASISTIÓ NO |
|---|---|---|---|---|---|
| 12 | Junio | 2024 | Medico | si ✓ | |
| 22 | Junio | 2024 | ~~Enf~~ | SI | Milena C |
| 22 | Agosto | 2024 | Medico | FC: 03-09-24 ✓ | |
| 25 | Octubre | 2024 | Enf. | Si ✓ | P. Lopez |
| 22 | erew | 2025 | Enf. | | |
| ii | feb | 2025 | Enf | Si | P. Lopez |
| 22 | Abril | 2025 | Med | | |
| 10 | mayo | 2025 | Medico | Si ✓ | |

Dra. Mayra Cabrera
Médico General
R.M. 67027189-Univalle

| Fecha de atención | Peso | Talla | Perímetro cefálico | Perímetro braquial | IMC | Fecha del próximo control | Firma del profesional |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 12/06/24 | 3.2 | 51 | 35 | 10 | 12.2 | 22/06/24 | Dra. Mayra Cabrera Médico General R.M. 67027189-Univalle |
| 25/06/24 | 3.7 | 54 | 37 | 10.5 | 12.7 | 22/08/24 | Milena C. |
| 08/09/24 | 5.6 | 64 | 41 | 13 | 13.7 | 22/10/24 | P. Lopez |
| 25/10/24 | 5.6 | 65 | 42 | 12 | 13.3 | 22/01/25 | P. Lopez |
| 11/02/25 | 6.9 | 67 | 46 | 15 | 15.4 | 22/04/25 | P. Lopez |
| 10-05-25 | 8.4 | 74 | 46 | 49 | 15.3 | 22/10/2025 | Nathalia orrego |

REGIONAL: PUTUMAYO CENTRO ZONAL: LA HORMIGA MUNICIPIO: SAN MIGUEL

NOMBRE DE LA MODALIDAD: MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL (MPI)

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: PRESENCIAL (MPI)

RACIÓN: Mensual: ___x___ Vacaciones o Recreo: _____ Otra: ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: ABRIL DEL 2025

NOMBRE DE LA SAA: FUNDACIÓN ALBA DE VIDA NOMBRE DE LA UDS/UBA O/CA: CONSTRUCTORES DEL FUTURO

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA: ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL, BODEGA UNIDAD LOCATIVA - LA HORMIGA

| # ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | N° IDENTIFICACIÓN | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) Opcional diligenciarlo cuando la entrega sea diferente al mes de inicio | FECHA DE ENTREGA TERMINAL DE LA RAC (DD/MM/AAAA) | GRUPO POBLACIONAL: Menores de 6 meses de edad (lactantes) | GRUPO POBLACIONAL: Mayores de 6 meses hasta los 11 meses de edad | GRUPO POBLACIONAL: Mayores de 12 meses hasta los 23 meses de edad | GRUPO POBLACIONAL: Mayores de 24 meses hasta los 71 meses de edad | CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP) | | | | | | | | | | | | | | | | Alimento a dar (gramos) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | Harina de Arroz (gramos) | Panela (gramos) | Aceite (gramos) | Sal (gramos) | Harina de Maíz Precocida (gramos) | Harina de Trigo (gramos) | Lenteja (gramos) | Arveja (gramos) | Fríjol (gramos) | Garbanzo (gramos) | Soya Texturizada (gramos) | Quinua (gramos) | Hojuelas de Avena (gramos) | Hojuelas de Maíz (gramos) | Hojuelas de Arroz (gramos) | Pasta (gramos) | Leche Entera en Polvo (gramos) | |
| | | | | | | | | | Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el paquete. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | GABRIELA FARNANDA CANTICUZ GUALPAZ | 1122336683 | 1/04/2025 | 16/04/2024 | X | | | | 2500 | 250 | 250 | 500 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 2000 | 1650 | 1500 | 1500 | 1000 | 500 | 900 | |
| 2 | DIANA ALEJANDRA LUCITANTE PAYAGUAJE | 1126455794 | 1/04/2025 | 16/04/2024 | X | | | | 2500 | 250 | 250 | 500 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 2000 | 1650 | 1500 | 1500 | 1000 | 500 | 900 | |
| 3 | SANDRA MILENA MOJOMBOY QUETA | 1006996625 | 1/04/2025 | 16/04/2024 | X | | | | 2500 | 250 | 250 | 500 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 2000 | 1650 | 1500 | 1500 | 1000 | 500 | 900 | |
| 4 | LIAN MATEO LUCITANTE CRIOLLO | 1126462463 | 1/04/2025 | 16/04/2024 | X | | | | 2500 | 250 | 250 | 500 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 2000 | 1650 | 1500 | 1500 | 1000 | 500 | 900 | |
| 5 | MIA CATTLEYA BARRIOS RUIZ | 1130165322 | 1/04/2025 | 16/04/2024 | X | | | | 2500 | 250 | 250 | 500 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 2000 | 1650 | 1500 | 1500 | 1000 | 500 | 900 | |
| 6 | JANNA ELISABETH CRIOLLO LUCITANTE | 1122344489 | 1/04/2025 | 16/04/2024 | | X | | | 500 | 250 | 250 | 500 | .— | .— | 500 | 500 | 500 | .— | 1650 | 500 | .— | 500 | .— | 900 | |
| 7 | YURISHA ISABELA SIQUIGUA CRIOLLO | 1126462124 | 1/04/2025 | 16/04/2024 | | X | | | 500 | 250 | 250 | 500 | .— | .— | 500 | 500 | 500 | .— | 1650 | 500 | .— | 500 | .— | 900 | |
| 8 | HEINER IVAN GIL LUCITANTE | 1122344425 | 1/04/2025 | 16/04/2024 | | X | | | 500 | 250 | 250 | 500 | .— | .— | 500 | 500 | 500 | .— | 1650 | 500 | .— | 500 | .— | 900 | |
| 9 | EYDAN YADIEL CRIOLLO BASTIDAS | 1126461981 | 1/04/2025 | 16/04/2024 | | | x | | 1000 | 250 | 250 | .— | 500 | .— | 500 | 500 | 500 | 500 | 1650 | 500 | 500 | 500 | 500 | 900 | |
| 10 | EMMANUEL SANTIAGO GARCIA MARTINEZ | 1122344330 | 1/04/2025 | 16/04/2024 | | | x | | 1000 | 250 | 250 | .— | 500 | .— | 500 | 500 | 500 | 500 | 1650 | 500 | 500 | 500 | 500 | 900 | |
| 11 | YAILIN JULIANA ROJAS GUALPAZ | 1126461833 | 1/04/2025 | 16/04/2024 | | | x | | 1000 | 250 | 250 | .— | 500 | .— | 500 | 500 | 500 | 500 | 1650 | 500 | 500 | 500 | 500 | 900 | |
| 12 | VIVIANA NIYIBETH LUCITANTE CRIOLLO | 1122344267 | 1/04/2025 | 16/04/2024 | | | X | | 1000 | 250 | 250 | .— | 500 | .— | 500 | 500 | 500 | 500 | 1650 | 500 | 500 | 500 | 500 | 900 | |
| 13 | AILANY YALITZA GUALPAZ CRIOLLO | 1122344255 | 1/04/2025 | 16/04/2024 | | | X | | 1000 | 250 | 250 | .— | 500 | .— | 500 | 500 | 500 | 500 | 1650 | 500 | 500 | 500 | 500 | 900 | |
| 14 | ZAHARA ANYELIN GREFA JOJOA | 1126461511 | 1/04/2025 | 16/04/2024 | | | X | | 1000 | 250 | 250 | .— | 500 | .— | 500 | 500 | 500 | 500 | 1650 | 500 | 500 | 500 | 500 | 900 | |
| 15 | YAIR SANTIAGO CRIOLLO CASTILLO | 1126461496 | 1/04/2025 | 16/04/2024 | | | X | | 1000 | 250 | 250 | .— | 500 | .— | 500 | 500 | 500 | 500 | 1650 | 500 | 500 | 500 | 500 | 900 | |
| 16 | BRINNY ESPERANZA QUIROS MAMIAN | 1140016073 | 1/04/2025 | 16/04/2024 | | | | x | 1000 | 250 | 250 | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 | 700 | 1650 | 500 | 500 | 500 | 500 | 900 | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO | N° IDENTIFICACIÓN | FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN |
|---|---|---|
| Gabriela Canticuz | 1122336683 | Gabriela Canticuz. |
| Diana Lucitante | 1126455794 | Diana Lucitante |
| Sandra Mojomboy | 1006996625 | Sandra Mojomboy |
| Kerly criollo | 270076352-9 | Kerly criollo |
| Rosmary Ruiz | 31.953.630 | Rosmary Ruiz |
| Yina Lucitante | 1130884060 | Yina Lucitante. |
| Daira Criollo | 1126447577 | Daira criollo |
| Leidy Lucitante | 1122388488 | Leidy L. |
| Dayani Bastidas | 1006788469 | Dayani B |
| Jhosli Garcia | 1126447410 | Jhosli Garcia |
| Lucy Gualpaz | 1247745 | Lucy GualPaz |
| Kerly criollo | 270076352-9 | Kerly criollo |
| Nury Criollo | 1006789709 | Nury Criollo. |
| Olga Greta | 1126456681 | Olga Greta |
| Ruth castillo | 1027926816 | C. |
| Maira Alexandra vera | 1124871170 | |

Observaciones:

Firma: Digna Moreno

Nombre legible de quien entrega: Digna Marcela Moreno.

Firma: Representante Legal EAS o su delegado

REGIONAL:
SERVICIO: PUTUMAYO — CENTRO ZONAL: LA HORMIGA — MUNICIPIO: SAN MIGUEL
SERVICIO DE EDUCACIÓN INICIAL RURAL (_X_) — MES DE ENTREGA: ABRIL — CODIGO CUENTAME DE LA UDS: 8879711289 32
NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION ALMA DE VIDA
NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: COFANCITOS DEL FUTURO — NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN: COFANCITOS DEL FURO

| Nº ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | TIPO DE IDENTIFICACIÓN | Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO | GRUPO POBLACIONAL DEL USUARIO | | | ENCUENTRO No 1 Fecha: 04/04/2025 | | | | DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE | | | ENCUENTRO No 2. Fecha: 16/04/2025 | | | | DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | ALIMENTOS ENTREGADOS | | | | | | | ALIMENTOS ENTREGADOS | | | | | | |
| | | | | Gestante y Lactantes | Niñas y niños de 6 a 11 meses | Niñas y niños 1 año a 5 años | Usuario asiste con Acompañante (SI / NO) | Pan de sal | Manzana | Leche entera | NOMBRE COMPLETO | Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA O HUELLA | Usuario asiste con Acompañante (SI / NO) | Pan de sal | Manzana | Leche entera | NOMBRE COMPLETO | Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA O HUELLA |
| 1 | GABRIELA FERNADA CANTICUZ GUALPAZ | CC | 1122336683 | X | | | NO | 1 | 1 | 1 | Gabriela C. | 1122336683 | Gabriela Canticuz | NO | 1 | 1 | 1 | Gabriela C. | 1122336683 | Gabriela Canticuz |
| 2 | DIANA ALEJANDRA LUCITANTE PAYAGUAJE | CC | 1126455794 | X | | | NO | 1 | 1 | 1 | Diana Lucitante | 1126455794 | Diana Lucitante | NO | 1 | 1 | 1 | Diana Lucitante | 1126455794 | Diana Lucitante. |
| 3 | SANDRA MILENA MOJOMBOY QUETA | CC | 1006996625 | X | | | NO | 1 | 1 | 1 | Sandra Mjomboy | 1006996625 | Sandra Q. | NO | 1 | 1 | 1 | Sandra M. | 1006996625 | Sandra Mojomboy |
| 4 | LIAN MATEO LUCITANTE CRIOLLO | RC | 1126462463 | X | | | Si | 1 | 2 | 1 | Kerly criollo | 27007635 29 | Kerly criollo | Si | 1 | 2 | 1 | Kerly criollo | 27007635 29 | Kerly criollo |
| 5 | MIA CATTLEYA BARRIOS RUIZ | RC | 1130165322 | X | | | Si | 1 | 2 | 1 | Rosmary Ruiz | 31.853.630 | Ruiz | Si | 1 | 2 | 1 | Rosmary | 31.853.630 | Rosmary Ruiz |
| 6 | JANNA ELISABETH CRIOLLO LUCITANTE | RC | 1122344489 | | X | | Si | 1 | 2 | 1 | Yina lucitante | 1130884060 | Yina lucitante P. | Si | 1 | 2 | 1 | Yina lucitante | 1130884060 | Yina lucitante P. |
| 7 | YIRISHA ISABELA SIQUIGUA CRIOLLO | RC | 1126462124 | | X | | Si | 1 | 2 | 1 | Daira criollo | 1126447571 | Daira criollo | Si | 1 | 2 | 1 | Daira C. | 1126447571 | Daira criollo |
| 8 | HEINER IVAN GIL LUCITANTE | RC | 1122344425 | | X | | Si | 1 | 2 | 1 | Leidy Lucitante | 1122338188 | Leidy L | Si | 1 | 2 | 1 | Leidy L. | 1122338188 | Leidy L. |
| 9 | EYDAN YADIEL CRIOLLO BASTIDAS | RC | 1126461981 | | | X | Si | 2 | 2 | 2 | Dayani B | 1006788469 | Dayani B | Si | 1 | 2 | 1 | Dayani B.P | 1006788469 | Dayani B |
| 10 | EMMANUEL SANTIAGO GARCIA MARTINEZ | RC | 1122344330 | | | X | Si | 2 | 2 | 2 | Jhosli Garcia | 1126447410 | Jhosli Garcia | Si | 2 | 2 | 2 | Jhosli Garcia | 1126447410 | Jhosli Garcia |
| 11 | YAILIN JULIANA ROJAS GUALPAZ | RC | 1126461833 | | | X | Si | 2 | 2 | 2 | Lucy Gualpaz | 41744823 | Lucy Gualpaz | Si | 2 | 2 | 2 | LUCY GUALPAZ | 41744823 | LUCY GUALPAZ |
| 12 | VIVIANA NIYIBETH LUCITANTE CRIOLLO | RC | 1122344267 | | | X | Si | 2 | 2 | 2 | Kerly criollo | 27007635 29 | Kerly criollo | Si | 2 | 2 | 2 | Kerly criollo | 27007635 29 | Kerly criollo |
| 13 | AILANY YALITZA GUALPAZ CRIOLLO | RC | 1122344255 | | | X | Si | 2 | 2 | 2 | Nury criollo | 1006789709 | Nury criollo | Si | 2 | 2 | 2 | Nury criollo | 1006789709 | Nury criollo |
| 14 | ZAHARA ANYELIN GREFA JOJOA | RC | 1126461511 | | | X | Si | 2 | 2 | 2 | Olga Grefa | 1776456681 | Olga Grefa | Si | 2 | 2 | 2 | Olga G | 1776456681 | Olga G. |
| 15 | YAIR SANTIAGO CRIOLLO CASTILLO | RC | 1126461496 | | | X | Si | 2 | 2 | 2 | Ruth castillo | 1022426816 | | Si | 2 | 2 | 2 | Ruth castillo | 1022426816 | |
| 16 | BRINNY ESPERANZA QUIROS MAMIAN | RC | 1140016073 | | | X | Si | 2 | 2 | 2 | Maira vera. | 1117487170 | | Si | 2 | 2 | 2 | Maira vera. | 1117487170 | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ENCUENTRO No 1 — ENCUENTRO No 2

Firma de quien entrega por parte de la EAS: Diana Moreno — Diana Moreno
Nombre Completo y legible de quien entrega EAS: Diana Marcela Moreno — Diana Marcela Moreno.

OBSERVACIONES:

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE ALIMENTOS A LOS USUARIOS EN LA ESTRATEGIA DE OLLA COMUNITARIA

F8.MO13.PP Versión 1 | 14/02/2022 Página 1 de 1 | Clasificación de la información:

REGIONAL: PUTUMAYO
SERVICIO: EDUCACIÓN INICIAL CAMPESINA
NOMBRE ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION ALMA DE VIDA
NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO: Cofanaitos del Futuro

CENTRO ZONAL: LA HORMIGA
MES DE ENTREGA: MAYO

MUNICIPIO: SAN MIGUEL
CODIGO CUENTAME DE LA UDS: 867671128932
NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN: Cofanaitos del Futuro

| Nº ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | TIPO DE IDENTIFICACIÓN | Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO | GRUPO POBLACIONAL DEL USUARIO | ENCUENTRO No 1 Fecha: 8-5-25 ALIMENTOS ENTREGADOS | | | DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE | | | ENCUENTRO No 2 Fecha: 15-05-25 ALIMENTOS ENTREGADOS | | | | DATOS DE LA PERSONA QUE RECIBE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Gestante y Lactantes / Niñas y niños de 6 a 11 meses / Niñas y niños 1 año a 5 años | Usuario asiste con Acompañante | EMPANA DE GUISO | AGUAPANELA CON LECHE | NOMBRE COMPLETO | Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA O HUELLA | Usuario asiste con Acompañante | COLADA DE AVENA | AREPA | NARANJA | NOMBRE COMPLETO | Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA O HUELLA |
| 1 | GABRIELAN FERNANDA CANTICUZ GUALPAZ | rc | 1122336683 | x | No | 7 | 7 | Gabriela Canticuz | 7722336683 | Gabriela C | No | 7 | 7 | 7 | Gabriela Canticuz | 7722336683 | Gabriela Canticuz |
| 2 | ELIAM GAEL MENDUA MOJOMBOY | ANM | 25057510142207 | x | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | JHONDIAN EMIR VALENZUELA LUCITANTE | SD | F90F20C2DB284DE9 A6699827D5E7D5C4D | x | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | LIAN MATEO LUCITANTE CRIOLLO | RC | 1126482483 | x | Si | 7 | 7 | Kerly Criollo | 210076359 | Kerly Criollo | Si | 7 | 7 | 7 | Kerly Criollo | 210076359 | Kerly Criollo |
| 5 | MIA CATTLEYA BARRIOS RUIZ | RC | 1130185322 | x | Si | 7 | 7 | Bosmary Ruiz | 31853630 | Bosmary Ruiz. | Si | 7 | 7 | 7 | Bosmary Ruiz. | 31853630 | Bosmary Ruiz. |
| 6 | JANNA ELISABETH CRIOLLO LUCITANTE | RC | 1122344489 | x | Si | 7 | 7 | Yina Lucitante | 1130884060 | Yina Lucitante | Si | 7 | 7 | 7 | Yina Lucitante | 1130884060 | Yina Lucitante |
| 7 | YIRISHA ISABELA SIQUIGUA CRIOLLO | RC | 1126462124 | x | Si | 2 | 2 | Daira Criollo | 1126447571 | Daira Criollo | Si | 2 | 2 | 2 | Daira Criollo | 1126447571 | Daira Criollo |
| 8 | HEINER IVAN GIL LUCITANTE | RC | 1122344425 | x | Si | 2 | 2 | Leidy Lucitante | 1122338488 | Leidy Lucitante | Si | 2 | 2 | 2 | Leidy Lucitante | 1122338488 | Leidy Lucitante |
| 9 | EYDAN YADIEL CRIOLLO BASTIDAS | RC | 1126461981 | x | Si | 2 | 2 | Dayani Bastidas | 1006788769 | Dayani Bastidas | Si | 2 | 2 | 2 | Dayani Bastidas | 1006788169 | Dayani Bastidas |
| 10 | EMMANUEL SANTIAGO GARCIA MARTINES | RC | 1122344330 | x | Si | 2 | 2 | Jhosli Garcia | 1126447410 | Jhosli Garcia | Si | 2 | 2 | 2 | Jhosli Garcia. | 1126447410 | Jhosli Garcia |
| 11 | YAILIN JULIANA ROJAS GUALPAZ | RC | 1126461833 | x | Si | 2 | 2 | Lucy Gualpaz | 41145327 | Lucy Gualpaz | Si | 2 | 2 | 2 | Lucy Gualpaz | 41145327 | Lucy Gualpaz |
| 12 | VIVIANA NIYIBETH LUCITANTE CRIOLLO | RC | 1122344267 | x | Si | 2 | 2 | Kery Criollo | 210076359 | Kerly Criollo | Si | 2 | 2 | 2 | Kerly Criollo | 210076359 | Kerly Criollo |
| 13 | AILANY YALITZA GUALPAZ CRIOLLO | RC | 1122344255 | x | Si | 2 | 2 | Nury Criollo | 1006789709 | Nury Criollo | Si | 2 | 2 | 2 | Nury criollo | 1006789709 | Nury Criollo |
| 14 | ZAHARA ANYELIN GREFA JOJOA | RC | 1126461511 | x | Si | 2 | 2 | Olga Grefa | 1126456681 | Olga Grefa | Si | 2 | 2 | 2 | Olga Grefa | 1126456681 | Olga Grefa |
| 15 | YAIR SANTIAGO CRIOLLO CASTILLO | RC | 1126461496 | x | Si | 2 | 2 | Ruth Castillo | 1022926816 | Ruth Castillo | Si | 2 | 2 | 2 | Ruth Castillo | 1022926816 | Ruth Castillo |
| 16 | DANNA ISABELLA SANCHEZ QUETA | RC | 1122344363 | x | | | | | | | | | | | Sayi Queta | 1126448188 | Sayi Queta |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Firma de quien entrega por parte de la EAS:
Nombre Completo y legible de quien entrega EAS:

ENCUENTRO No 1: Diana Moreno / Diana Moreno

ENCUENTRO No 2: Diana Moreno / Diana Moreno

OBSERVACIONES:

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE COMPLEMENTOS ALIMENTARIOS DE PRIMERA INFANCIA

F1.MO13.PP
Versión 3

Clasificación de la Información
Pública

26/02/2019
Página 1 de 1

REGIONAL: PUTUMAYO CENTRO ZONAL: LA HORMIGA MUNICIPIO: LA HORMIGA

NOMBRE DE LA MODALIDAD: MODALIDAD PROPIA E INTEGRAL FAMILIAR (MPI)

NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: PRESENCIAL (MPI)

RACIÓN: Almuerzo ___1___ Refrigerio a Servir ___ Otro ___ Especifique: _____

MES DE ENTREGA: MAYO DEL 2025

NOMBRE DE LA EAS: FUNDACIÓN ALMA DE VIDA NOMBRE DE LA SEDE/UNIDAD EAS: CENTINUTOS DEL FUTURO

DIRECCIÓN DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: BARRIO UNIDAD LOCALITAD: BAJA MANUEL

CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL: 09640001

| Nº ORDEN | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACION | FECHA DE INGRESO DEL USUARIO (DD/MM/AAAA) (Aplica únicamente para la primera entrega de la RPP) | FECHA DE ENTREGA MENSUAL DE LA RPP (DD/MM/AAAA) | GRUPO POBLACIONAL | | | CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RP) | | | | | | | | | | | | | | | | | | Alimento de alto valor Nutricional | NOMBRE COMPLETO RESPONSABLE DEL USUARIO | Nº IDENTIFICACION | FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Bebés en gestación y lactantes menores de 6 meses | Niños y niñas de 6 a 11 meses y de 12 a 17 meses | Niños y niñas de 1 a 2 años y de 3 a 5 años 11 meses | Arroz Blanco (gramos) | Pasta seca (gramos) | Pasta roja (gramos) | Arveja (gramos) | Harina de Maíz (gramos) | Harina de Trigo (gramos) | Papa (gramos) | Masicuna (gramos) | Colanta Calidda (gramos) | Leche de vaca entera en polvo pasteurizada | Hojuelas Quilina AA (gramos) | Lentejas (gramos) | Fríjol (gramos) | Aceite de soya (Mililitros) | Chocolate (gramos) | ...Especifique más... | | | | |
| | | | | | Especifique Cantidad entregada o colocar un guión si el alimento no se entregó en el periodo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | GABRIELAN FERNANDA CANTICUZ GUALPAZ | 1122336683 | 1/04/2025 | 15/05/2025 | X | | | 2500 | 250 | 250 | 500 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 2000 | 1650 | 1500 | 1500 | 1000 | 500 | .--- | .--- | Gabriela Canticuz Gualpaz | 1122336683 | Gabriela Canticuz G. |
| 2 | ELIAM GAEL MENDUA MOJONBOY | 25057510142207 | 5/05/2025 | 15/05/2025 | X | | | 2500 | 250 | 250 | 500 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 2000 | 1650 | 1500 | 1500 | 1000 | 500 | .--- | .--- | Fredy Mendua P. | 100 7616337 | IMP. |
| 3 | JHONDIAN EMIR VALENZUELA LUCITANTE | F90F20C2D52642E9A9 69639270E87D5C40 | 28/04/2025 | 15/05/2025 | X | | | 2500 | 250 | 250 | 500 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 2000 | 1650 | 1500 | 1500 | 1000 | 500 | .--- | .--- | Diana Lucitante | 1122455794 | Diana Lucitante |
| 4 | LIAN MATEO LUCITANTE CRIOLLO | 1126462463 | 1/04/2025 | 15/05/2025 | X | | | 2500 | 250 | 250 | 500 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 2000 | 1650 | 1500 | 1500 | 1000 | 500 | .--- | .--- | Kerly Criollo | 2700763529 | Kerly Criollo |
| 5 | MIA CATTLEYA BARRIOS RUIZ | 1130165322 | 1/04/2025 | 15/05/2025 | X | | | 2500 | 250 | 250 | 500 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 1000 | 2000 | 1650 | 1500 | 1500 | 1000 | 500 | .--- | .--- | Rosmary Ruiz | 31.853.630 | Rosmary Ruiz |
| 6 | JANNA ELISABETH CRIOLLO LUCITANTE | 1122344489 | 1/04/2025 | 15/05/2025 | | X | | 500 | 250 | 250 | 500 | .--- | .--- | 500 | 500 | 500 | .--- | 1650 | 500 | .--- | 500 | .--- | .--- | | Yina Lucitante | 1130884060 | Yina Lucitante |
| 7 | YIRISHA ISABELA SIQUIGUA CRIOLLO | 1126462124 | 1/04/2025 | 15/05/2025 | | | x | 1000 | 250 | 250 | .--- | 500 | .--- | 500 | 500 | 500 | 500 | 1650 | 500 | 500 | 500 | 500 | .--- | | Daira Criollo | 1126447577 | Daira Criollo |
| 8 | HEINER IVAN GIL LUCITANTE | 1122344425 | 1/04/2025 | 15/05/2025 | | | x | 1000 | 250 | 250 | .--- | 500 | .--- | 500 | 500 | 500 | 500 | 1650 | 500 | 500 | 500 | 500 | .--- | | Leidy Lucitante | 1122338488 | Leidy Lucitante |
| 9 | EYDAN YADIEL CRIOLLO BASTIDAS | 1126461981 | 1/04/2025 | 15/05/2025 | | | x | 1000 | 250 | 250 | .--- | 500 | .--- | 500 | 500 | 500 | 500 | 1650 | 500 | 500 | 500 | 500 | .--- | | Dayani B | 60678846 | Dayani B |
| 10 | EMMANUEL SANTIAGO GARCIA MARTINES | 1122344330 | 1/04/2025 | 15/05/2025 | | | x | 1000 | 250 | 250 | .--- | 500 | .--- | 500 | 500 | 500 | 500 | 1650 | 500 | 500 | 500 | 500 | .--- | | Jhosli Garcia | 1126447410 | Jhosli Garcia |
| 11 | YAILIN JULIANA ROJAS GUALPAZ | 1126461833 | 1/04/2025 | 15/05/2025 | | | x | 1000 | 250 | 250 | .--- | 500 | .--- | 500 | 500 | 500 | 500 | 1650 | 500 | 500 | 500 | 500 | .--- | | Lucy Gualpaz | 41145327 | Lucy Gualpaz |
| 12 | VIVIANA NIYIBETH LUCITANTE CRIOLLO | 1122344267 | 1/04/2025 | 15/05/2025 | | | x | 1000 | 250 | 250 | .--- | 500 | .--- | 500 | 500 | 500 | 500 | 1650 | 500 | 500 | 500 | 500 | .--- | | Kerly Criollo | 2700763529 | Kerly Criollo |
| 13 | AILANY YALITZA GUALPAZ CRIOLLO | 1122344255 | 1/04/2025 | 15/05/2025 | | | x | 1000 | 250 | 250 | .--- | 500 | .--- | 500 | 500 | 500 | 500 | 1650 | 500 | 500 | 500 | 500 | .--- | | Nury Criollo | 60678704 | Nury Criollo |
| 14 | ZAHARA ANYELIN GREFA JOJOA | 1126461511 | 1/04/2025 | 15/05/2025 | | | x | 1000 | 250 | 250 | .--- | 500 | .--- | 500 | 500 | 500 | 500 | 1650 | 500 | 500 | 500 | 500 | .--- | | Olga Grefa | 7726456681 | Olga G. |
| 15 | YAIR SANTIAGO CRIOLLO CASTILLO | 1126461496 | 1/04/2025 | 15/05/2025 | | | x | 1000 | 250 | 250 | .--- | 500 | .--- | 500 | 500 | 500 | 500 | 1650 | 500 | 500 | 500 | 500 | .--- | | Ruth Castillo | 1027926816 | Ruth C. |
| 16 | DANNA ISABELLA SANCHEZ QUETA | 1122344363 | 1/05/2025 | 15/05/2025 | | | x | 1000 | 250 | 250 | .--- | 500 | .--- | 500 | 500 | 500 | 500 | 1650 | 500 | 500 | 500 | 500 | .--- | | Sayi Queta | 1126498118 | Sayi Queta |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

Firma: Diana Marino
Nombre legible de quien entrega: 1126450074

Firma:
Representante Legal EAS o su delegado

| PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F6.MO12.PP | 29/05/2018 |
|---|---|---|
| FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL | Versión 5 | Página 1 de 2 |
| | Clasificación de la Información:<br>Publica | |

Hoja 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACION ALMA DE VIDA ( FUNA
NIT: 901345939-1 NÚMERO DE CONTRATO: 86001912025
MES: ABRIL AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: PROPIA INTERCULTURAL
SERVICIO DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

IDENTIFICACIÓN
Regional: PUTUMAYO Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): DIANA MARCELA MORENO CC **1.126.450.074**
Código CUENTAME UDS: 867571128932 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: COFANCITOS DEL FUTURO
Dirección UDS: RESGUARDO INDIGENA YARINAL Teléfono UDS: 3118488525

**INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA**

| No. de Orden | TIPO DOC | NÚMERO DOCUMENTO | NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA | | APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA | | EDAD | | CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS — PRIMERA | | | | | SEGUNDA | | | | | TERCERA | | | | | CUARTA | | | | | QUINTA | | | | | TOTAL MENSUAL | | CAUSA DE RETIRO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | AÑOS | MESES | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | ASISTENCIAS | INASISTENCIAS | |
| 01 | CC | 1122336683 | GABRIELA | FERNANDA | CANTICUZ | GUALPAZ | 20 | 7 | | | | | A | | | | | | | | A | | | | | | | | | | | | | 2 | 0 | |
| 02 | CC | 1126455794 | DIANA | ALEJANDRA | LUCITANTE | PAYAGUAJE | 29 | 2 | | | | | A | | | | | | | | A | | | | | | | | | | | | | 2 | 0 | |
| 03 | CC | 1006996625 | SANDRA | MILENA | MOJOMBOY | QUETA | 25 | 0 | | | | | A | | | | | | | | A | | | | | | | | | | | | | 2 | 0 | |
| 04 | RC | 1126462463 | LIAN | MATEO | LUCITANTE | CRIOLLO | 0 | 4 | | | | | A | | | | | | | | A | | | | | | | | | | | | | 2 | 0 | |
| 05 | RC | 1130165322 | MIA | CATTLEYA | BARRIOS | RUIZ | 0 | 4 | | | | | A | | | | | | | | A | | | | | | | | | | | | | 2 | 0 | |
| 06 | RC | 1122344489 | JANNA | ELISABETH | CRIOLLO | LUCITANTE | 0 | 7 | | | | | A | | | | | | | | A | | | | | | | | | | | | | 2 | 0 | |
| 07 | RC | 1126462124 | YIRISHA | ISABELA | SIQUIGUA | CRIOLLO | 0 | 11 | | | | | A | | | | | | | | A | | | | | | | | | | | | | 2 | 0 | |
| 08 | RC | 1122344425 | HEINER | IVAN | GIL | LUCITANTE | 0 | 11 | | | | | A | | | | | | | | A | | | | | | | | | | | | | 2 | 0 | |
| 09 | RC | 1126461981 | EYDAN | YADIEL | CRIOLLO | BASTIDAS | 1 | 2 | | | | | A | | | | | | | | A | | | | | | | | | | | | | 2 | 0 | |
| 10 | RC | 1122344330 | EMMANUEL | SANTIAGO | GARCIA | MARTINEZ | 1 | 4 | | | | | A | | | | | | | | A | | | | | | | | | | | | | 2 | 0 | |
| 11 | RC | 1126461833 | YAILIN | JULIANA | ROJAS | GUALPAZ | 1 | 8 | | | | | A | | | | | | | | A | | | | | | | | | | | | | 2 | 0 | |
| 12 | | 1122344267 | VIVIANA | NIYIBETH | LUCITANTE | CRIOLLO | 1 | 9 | | | | | A | | | | | | | | A | | | | | | | | | | | | | 2 | 0 | |
| 13 | RC | 1122344255 | AILANY | YALITZA | GUALPAZ | CRIOLLO | 1 | 10 | | | | | A | | | | | | | | A | | | | | | | | | | | | | 2 | 0 | |
| 14 | RC | 1126461511 | ZAHARA | ANYELIN | GREFA | JOJOA | 2 | 2 | | | | | A | | | | | | | | A | | | | | | | | | | | | | 2 | 0 | |
| 15 | RC | 1126461496 | YAIR | SANTIAGO | CRIOLLO | CASTILLO | 2 | 3 | | | | | A | | | | | | | | A | | | | | | | | | | | | | 2 | 0 | |
| 16 | RC | 1140016073 | BRINNY | ESPERANZA | QUIROS | MAMIAN | 3 | 1 | | | | | A | | | | | | | | A | | | | | | | | | | | | | 2 | 0 | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL | 32 | 0 | |

| Verificación De Cobertura | | |
|---|---|---|
| | TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES | 2 |
| | TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES | 27 |
| | TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES | 3 |

COORDINADOR(A) EA

Diana Moreno.
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

01-05

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br>FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL | F6.MO12.PP<br>Versión 5 | 29/05/2018<br>Página 1 de 1 |
|---|---|---|---|

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : **ALMA DE VIDA ( FUNAVI)**
NIT: **901345939-1** NÚMERO DE CONTRATO: **860019120**
MES: **MAYO** AÑO: **2025**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **PROPIA INTERCULTURAL**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **EDUCACION INICIAL CAMPESINA**

IDENTIFICACIÓN
Regional: **PUTUMAYO** Centro Zonal: **LA HORMIGA** Municipio: **SAN MIGUEL**
Nombre Agente Educativo (a): DIANA MORENO CC **1.126.450.074**
Código CUENTAME UDS: **867571128932** Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Cofancitos del Futuro
Dirección UDS: **Resguardo Yarinal** Teléfono UDS: 3118486525

Hoja 1 de 1

| No. de Orden | INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA | | | | | | | | CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL MENSUAL | | CAUSA DE RETIRO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | TIPO DOC. | NÚMERO DOCUMENTO | NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA | | APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA | | EDAD | | SEMANAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | PRIMERA | | | | | SEGUNDA | | | | | TERCERA | | | | | CUARTA | | | | | QUINTA | | | | | | |
| | | | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | AÑOS | MESES | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | ASISTENCIAS | INASISTENCIAS | |
| 01 | C.C | 1122336683 | GABRIELA | FERNANDA | CANTICUZ | GUALPAZ | 20 | 8 | | | | | | | | | A | | | | | A | | | | | | | | | | | 2 | | |
| 02 | ANM | 2505751014220 7 | ELIAM | GAEL | MENDUA | MOJOMBOY | 0 | 0 | | | | | | | | | I | | | | | I | | | | | | | | | | | | 2 | |
| 03 | SD | F90F20C2D52642E9 A969639270E87D5C40 | JHONDIAN | EMIR | VALENZUELA | LUCITANTE | 0 | 0 | | | | | | | | | I | | | | | I | | | | | | | | | | | | 2 | |
| 04 | R.C | 1126462463 | LIAN | MATEO | LUCITANTE | CRIOLLO | 0 | 5 | | | | | | | | | A | | | | | A | | | | | | | | | | | 2 | | |
| 05 | RC | 1130165322 | MIA | CATTLEYA | BARRIOS | RUIZ | 0 | 5 | | | | | | | | | A | | | | | A | | | | | | | | | | | 2 | | |
| 06 | RC | 1122344489 | JANNA | ELISABETH | CRIOLLO | LUCITANTE | 0 | 8 | | | | | | | | | A | | | | | A | | | | | | | | | | | 2 | | |
| 07 | RC | 1126462124 | YIRISHA | ISABELA | SIQUIGUA | CRIOLLO | 1 | 0 | | | | | | | | | A | | | | | A | | | | | | | | | | | 2 | | |
| 08 | RC | 1122344425 | HEINER | IVAN | GIL | LUCITANTE | 1 | 0 | | | | | | | | | A | | | | | A | | | | | | | | | | | 2 | | |
| 09 | RC | 1126461981 | EYDAN | YADIEL | CRIOLLO | BASTIDAS | 1 | 4 | | | | | | | | | A | | | | | A | | | | | | | | | | | 2 | | |
| 10 | RC | 1122344330 | EMMANUEL | SANTIAGO | GARCIA | MARTINEZ | 1 | 5 | | | | | | | | | A | | | | | A | | | | | | | | | | | 2 | | |
| 11 | RC | 1126461833 | YAILIN | JULIANA | ROJAS | GUALPAZ | 1 | 9 | | | | | | | | | A | | | | | A | | | | | | | | | | | 2 | | |
| 12 | RC | 1122344267 | VIVIANA | NIYIBETH | LUCITANTE | CRIOLLO | 1 | 11 | | | | | | | | | A | | | | | A | | | | | | | | | | | 2 | | |
| 13 | RC | 1122344255 | AILANY | YALITZA | GUALPAZ | CRIOLLO | 1 | 10 | | | | | | | | | A | | | | | A | | | | | | | | | | | 2 | | |
| 14 | RC | 1126461511 | ZAHARA | ANYELIN | GREFA | JOJOA | 2 | 3 | | | | | | | | | A | | | | | A | | | | | | | | | | | 2 | | |
| 15 | RC | 1126461496 | YAIR | SANTIAGO | CRIOLLO | CASTILLO | 2 | 5 | | | | | | | | | A | | | | | A | | | | | | | | | | | 2 | | |
| 16 | RC | 1122344363 | DANNA | ISABELLA | SANCHEZ | QUETA | 1 | 4 | | | | | | | | | I | | | | | A | | | | | | | | | | | 1 | 1 | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL | 27 | 5 | |

Verificación De Cobertura
TOTAL NIÑOS, NIÑAS ATENDIDOS EN EL MES
TOTAL NIÑOS, NIÑAS ATENDIDOS EN EL MES
TOTAL NIÑOS, NIÑAS ATENDIDOS EN EL MES

COORDINADOR(A) EA

Diana Moreno.
RESPONSABLE DE GRUPO

*Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!*
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Wendy Guevara
Ad-03-2025.

# Cuaderno de acompañamiento familiar

## Familia:

GIL LUCITANTE



## Participante (usuario):

HEINER IVAN
GIL LUCITANTE

Grupo territorial: RESGUARDO YARINAL

Unidad de atención: COFANCITOS DEL FUTURO

Coordinador/a Pedagógico: JOSE MARTIN BENAVIDES MARTINES

Agente educativo/a: DIANA MARCELA MORENO CARDENAS

Profesional psicosocial: ANGUIE PAOLA SANTANDER QUINTERO

Profesional salud y nutrición: RODRIGO ALBERTO PEÑA RODRIGUEZ

Entidad Administradora del Servicio (EAS): FUNDACION ALMA DE VIDA

Fecha de apertura del cuaderno: 01/04/ 2025

Servicio de Educación Inicial Rural

#TejiendoExperienciasEnFamilia

# Seguimiento nutricional niña o niño:

Servicio de Educación Inicial Rural

## Parte cuatro: seguimiento al desarrollo integral

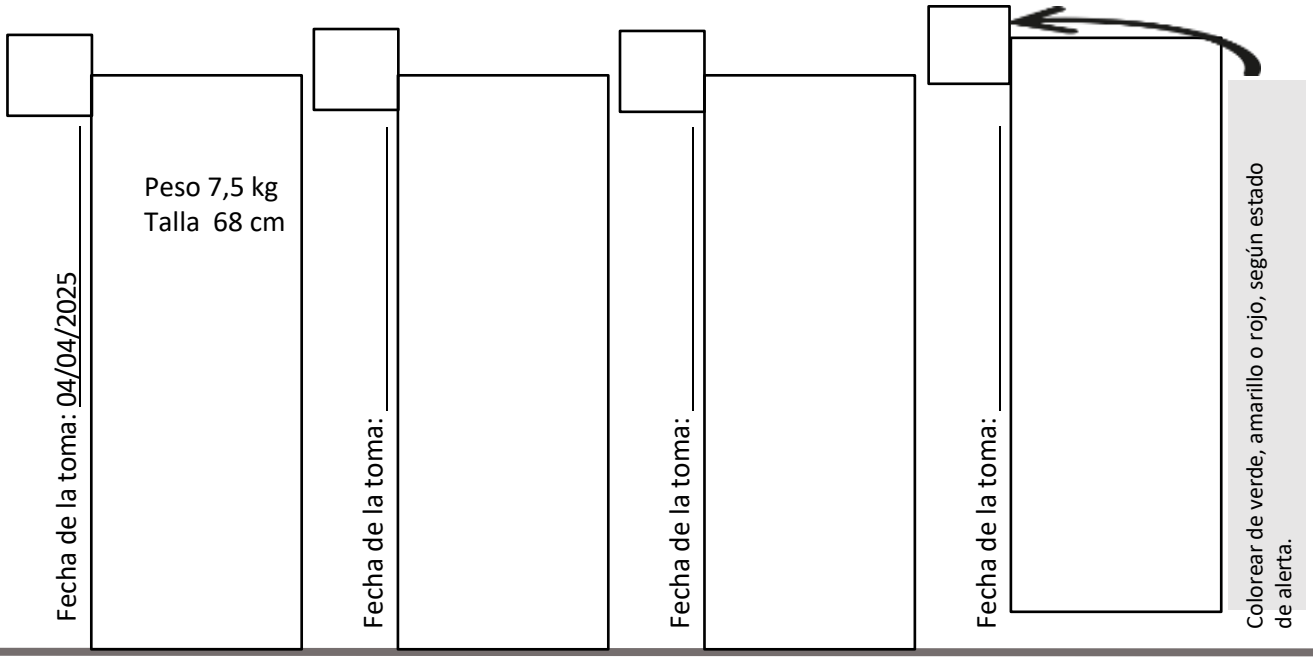
Fecha de nacimiento: 22/04/2024 Edad al ingreso: 1 año

Perímetro braquial al momento del ingreso: 14,3 cm

Alerta de algún riesgo en el estado de salud detectado durante la atención:

Se realiza la primera valoración nutricional de medidas antropométricas (peso y talla) en cual arroja un diagnóstico nutricional. Peso adecuado para la talla, Retraso en talla.

Medidas antropométricas: tomar al menos una vez cada trimestre o más si lo consideran necesario por algún indicador de riesgo nutricional, en caso de requerir más espacio, registrar en las hojas complementarias del final del cuaderno. Este apartado debe ser diligenciado siguiendo lo indicado en el estándar 15 del manual operativo de la modalidad:



# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Diana marcela moreno NOMBRE UCA: cofancitos del futuro.

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Heiner ivan. G.l. IDENTIFICACIO: 1122344425. FECHA DE NACIMIENTO: 22/04/2024.

| 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 | | | | | |
| 2/5/25 | ✓ | | | 7:00 | Mediante whatsapp nos comunicamos con la mama de Heiner G.l para preguntar si ella asistio al control. y desarrollo de Heiner. la madre manifesta que. no lo llevo. | Leidy Lucitante | Diana moreno | Realizamos la labor de sacar la cita de control y higiene oral. para el dia. martes. 6 de mayo. y se le. informa a la madre el dia y la hora que. le quedaron las citas para que lleve a su hijo. | | La madre se compromete. a asistir a la cita. Cierre de novedad |
| 6/5/25 | ✓ | | | | mediante whatsapp nos comunicamos con la madre de Heiner para. preguntarle como le fue. en su cita programada. para el control y desarrollo de su hijo. y higiene oral. la cual manifesto que. ella se olvido. y solo al pueblo pero no trajo. los carnes. y no podia. asistir. | Leidy Lucitante | Diana moreno. | Se le sensibiliza. a la mama la. importancia de. asistir a las. citas agendadas. | 10-5-25 madre. hace entrega de CYD, vacunas y Higiene oral. Cierre de novedad. | La madre. manifesta. que en el martes saldra. al pueblo. a llevar a su hijo. al control. Cierre de. novedad. |

# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Diana marcela Moreno. NOMBRE UCA: cofancitos del futuro.

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Heiner Ivan Gil. IDENTIFICACIO: 1122344425. FECHA DE NACIMIENTO: 22/04/2024

| 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 | | | | | |
| 20/5/25 | ✓ | | | | La Señora leidy Lucitante. Se comunica via whasst para informar que su hijo Heiner se encuentran en el hospital de la hormiga Porque tiene gripa y fiebre. | | Diana Moreno Rodrigo Peña AP SyN | Se informa. a apoyo a. salud y nutricion de que el. participante. Se encuentra. en el Hospital. | -21-05-2025, se realizo llamado telefonica al a la madre del participante donde comenta que el niño sigue en el hospital HSCJ. En tratamiento por la IRA que presenta, en eval nos estara avisando el estado de salud del participante. | la madre. Se compromete. a estar informando sobre. la salud del Participante. |
| 26/5/25 | ✓ | | | | Agente Educativo. se comunica via whasst con la madre del participante Heider. Lucitante para preguntar como sigue el participante. la madre. nos manifiesta que. al participante la. remitieron a puerto AIS y de hay a pasto. Hospital infantil. | | Diana Moreno. | Se informa. a. apoyo a salud y nutricion. | mediante llamada telefonica estamos en constante. comunicacion con la madre del participante. para saber el estado de salud y bienestar del usuario. | la madre. Se compromete. a estar informando sobre. la salud del. participante. |

# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: _____ IDENTIFICACIO: _____ 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 | | | | | |
| 26/05/25 | X | | | 4:00pm | Seguimiento al Participante por el estado de Salud. | | Rodrigo Parra AP SYN | Se dialoga con madre del participante donde comenta que niño fue remitido a la ciudad de pasto, por Ina que tiene ya que debe ser valorado por el Especialista. | | Estar avisando el estado de salud del niño, tanto agente educativo y el apoyo salud y nutrición. |
| 28/05/2025 | X | | | 9:00 am | Seguimiento al participante del estado de salud. | | Rodrigo Parra AP SYN | | Se realiza llamada telefonica a la madre del participante, donde comenta que niño sigue un poquito delicado de salud y ya que medico le comenta que Ina le estanda medicamentos y control para alivianarlo bien, pero aun no le va pasando dicha enfermedad. | Estar avisando el estado de salud del participante. |

# REGISTRO DE NOVEDADES

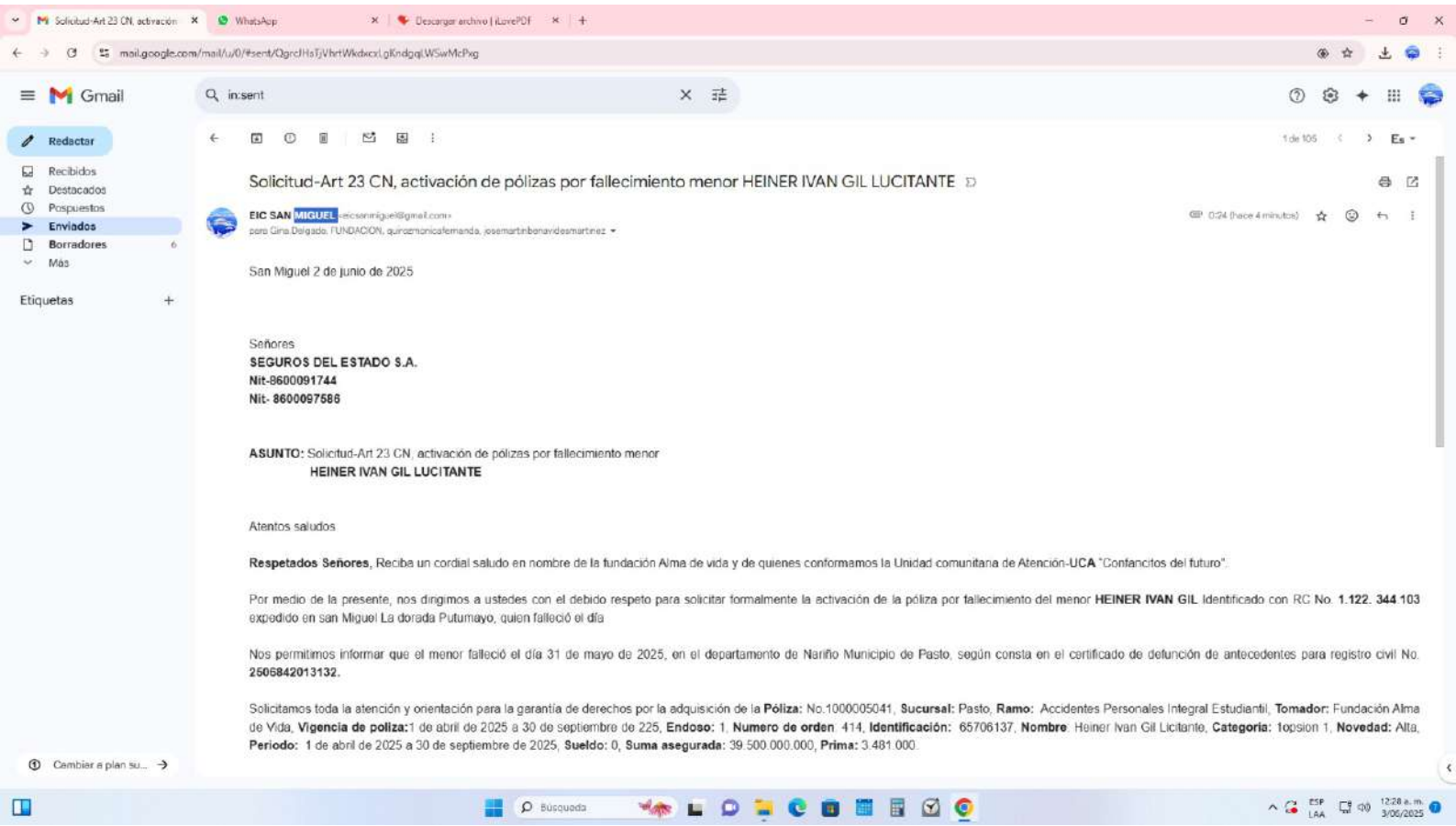
MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Diana Marcela Moreno NOMBRE UCA: Cofanetos del futuro

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Heiner Ivan Gil IDENTIFICACIO: 1122341425 FECHA DE NACIMIENTO: 22/04/2024.

| 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 | | | | | |
| 29/5/25 | V- | | | | Agente educativo se comunica via whatsapp para preguntar por la salud del participante la madre manifiesta que el niño aun sigue en el hosp. 791. | | Rodrigo Peña AP SyN Diana Moreno. | | Mediante llamada o whats estar preguntando por la salud del participante. | madre se compromete estar pendiente. con la ma entre con la informacion de la salud de su hijo. |
| 30/05/25 | X | | 8:30 | | Seguimiento al participante del estado de salud | | Rodrigo Peña AP SyN | | se realiza llamada telefonica a la mama del participante don de comenta q el niño sigue regular de salud ya que medico recomento que esta combatiendo bien INA y esperar que todo salga muy bien espero verlo para estar bien y con ganas de que salga todo muy bien en salud. | Alguna novedad que llegue a presentar hacernos avisar bien. |



Solicitud-Art 23 CN, activación | WhatsApp | Descargar archivo | iLovePDF

mail.google.com/mail/u/0/#sent/QgrcJHsTjVhrtWkdxcxLgKndgqLWSwMcPxg

Gmail

in:sent

Redactar

Recibidos
Destacados
Pospuestos
Enviados
Borradores 6
Más

Etiquetas

Cambiar a plan su...

1 de 105

Solicitud-Art 23 CN, activación de pólizas por fallecimiento menor HEINER IVAN GIL LUCITANTE

**EIC SAN MIGUEL** <eicsanmiguel@gmail.com>
para Gina.Delgado, FUNDACION, quiroznonicafernanda, josemartinbenavidesmartinez

0:24 (hace 4 minutos)

San Miguel 2 de junio de 2025

Señores
**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**
**Nit-8600091744**
**Nit- 8600097586**

**ASUNTO:** Solicitud-Art 23 CN, activación de pólizas por fallecimiento menor
**HEINER IVAN GIL LUCITANTE**

Atentos saludos

**Respetados Señores**, Reciba un cordial saludo en nombre de la fundación Alma de vida y de quienes conformamos la Unidad comunitaria de Atención-**UCA** "Contancitos del futuro".

Por medio de la presente, nos dirigimos a ustedes con el debido respeto para solicitar formalmente la activación de la póliza por fallecimiento del menor **HEINER IVAN GIL** Identificado con RC No. **1.122. 344 103** expedido en san Miguel La dorada Putumayo, quien falleció el día

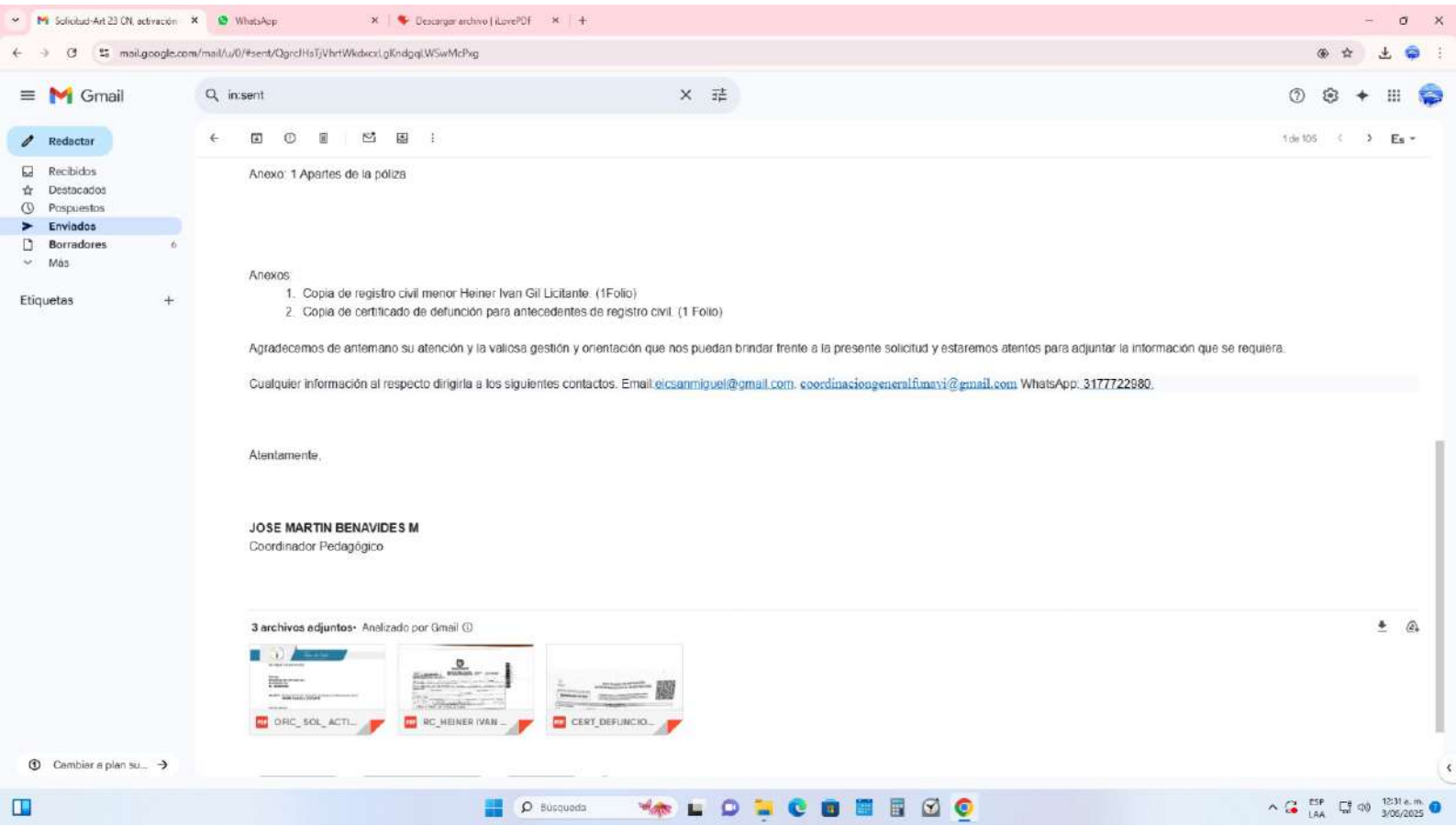
Nos permitimos informar que el menor falleció el día 31 de mayo de 2025, en el departamento de Nariño Municipio de Pasto, según consta en el certificado de defunción de antecedentes para registro civil No. **2506842013132.**

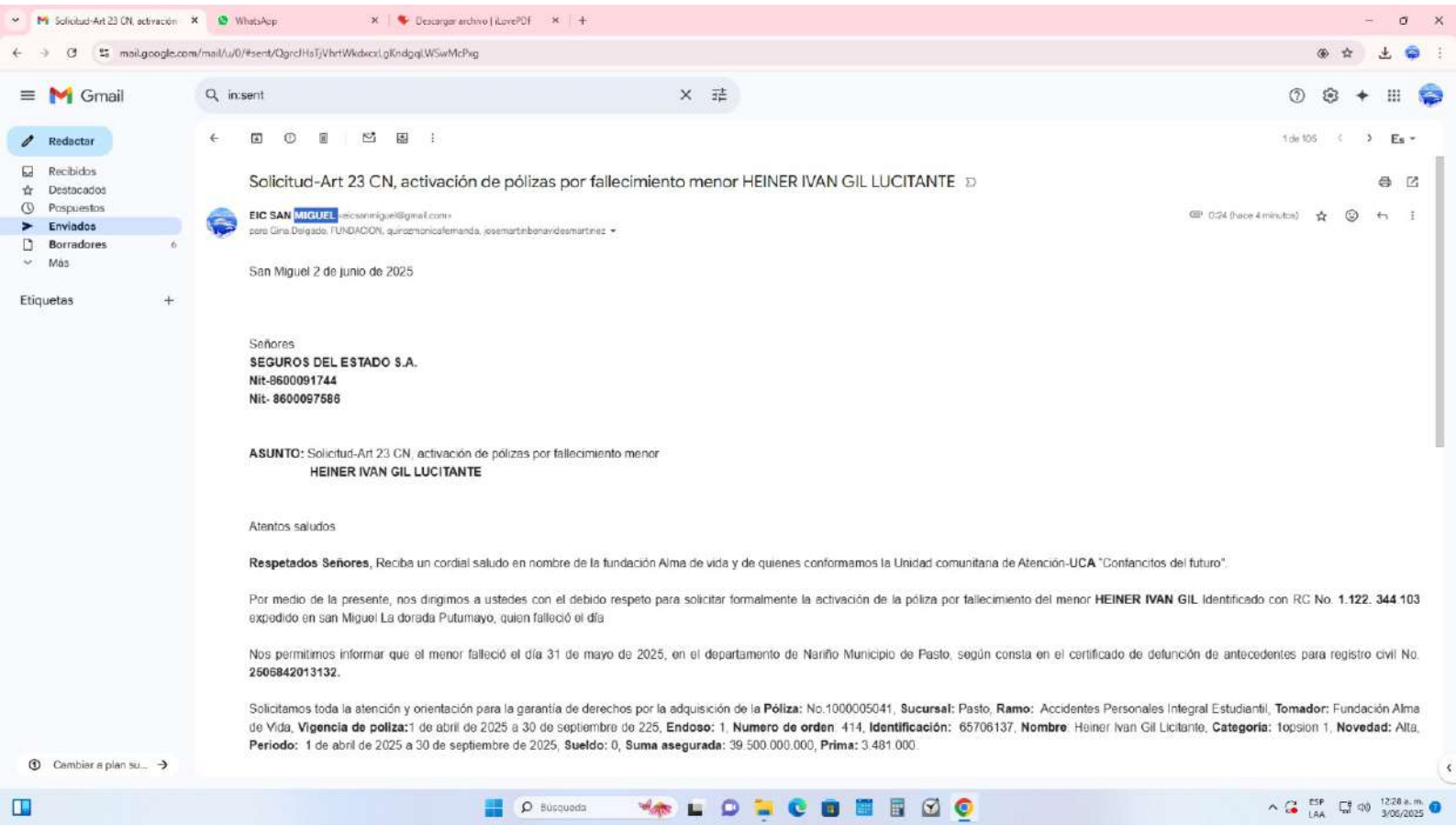
Solicitamos toda la atención y orientación para la garantía de derechos por la adquisición de la **Póliza:** No.1000005041, **Sucursal:** Pasto, **Ramo:** Accidentes Personales Integral Estudiantil, **Tomador:** Fundación Alma de Vida, **Vigencia de poliza:**1 de abril de 2025 a 30 de septiembre de 225, **Endoso:** 1, **Numero de orden**: 414, **Identificación:** 65706137, **Nombre**: Heiner Ivan Gil Licitante, **Categoria:** 1opsion 1, **Novedad:** Alta, **Periodo:** 1 de abril de 2025 a 30 de septiembre de 2025, **Sueldo:** 0, **Suma asegurada:** 39.500.000.000, **Prima:** 3.481.000

Búsqueda

ESP LAA

12:28 a. m. 3/06/2025


Solicitud-Art 23 CN, aclaración
WhatsApp
Descargar archivo | iLovePDF
mail.google.com/mail/u/0/#sent/QgrcJHsTjVhrtWkdxcxLgKndgqLWSwMcPxg
Gmail
in:sent
Redactar
Recibidos
Destacados
Pospuestos
Enviados
Borradores 6
Más
Etiquetas
1 de 105
Anexo: 1 Apartes de la póliza
Anexos
1. Copia de registro civil menor Heiner Ivan Gil Licitante. (1Folio)
2. Copia de certificado de defunción para antecedentes de registro civil. (1 Folio)
Agradecemos de antemano su atención y la valiosa gestión y orientación que nos puedan brindar frente a la presente solicitud y estaremos atentos para adjuntar la información que se requiera.
Cualquier información al respecto dirigirla a los siguientes contactos. Email.elcsanmiguel@gmail.com. coordinaciongeneralfunavi@gmail.com WhatsApp: 3177722980.
Atentamente,
JOSE MARTIN BENAVIDES M
Coordinador Pedagógico
3 archivos adjuntos• Analizado por Gmail
DRC_ SOL_ ACTI...
RC_HEINER IVAN ...
CERT_DEFUNCIO...
Cambiar a plan su...
Búsqueda
ESP
LAA
12:31 a. m.
3/06/2025



Solicitud-Art 23 CN, activación | WhatsApp | Descargar archivo | iLovePDF

mail.google.com/mail/u/0/#sent/QgrcJHsTjVhrtWkdxcxLgKndgqLWSwMcPxg

Gmail

in:sent

Redactar

Recibidos
Destacados
Pospuestos
Enviados
Borradores 6
Más

Etiquetas

Cambiar a plan su...

1 de 105

Solicitud-Art 23 CN, activación de pólizas por fallecimiento menor HEINER IVAN GIL LUCITANTE

**EIC SAN MIGUEL** <eicsanmiguel@gmail.com>
para Gina.Delgado, FUNDACION, quiroznonicafernanda, josemartinbenavidesmartinez

0:24 (hace 4 minutos)

San Miguel 2 de junio de 2025

Señores
**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**
**Nit-8600091744**
**Nit- 8600097586**

**ASUNTO:** Solicitud-Art 23 CN, activación de pólizas por fallecimiento menor
**HEINER IVAN GIL LUCITANTE**

Atentos saludos

**Respetados Señores**, Reciba un cordial saludo en nombre de la fundación Alma de vida y de quienes conformamos la Unidad comunitaria de Atención-**UCA** "Contancitos del futuro".

Por medio de la presente, nos dirigimos a ustedes con el debido respeto para solicitar formalmente la activación de la póliza por fallecimiento del menor **HEINER IVAN GIL** Identificado con RC No. **1.122. 344 103** expedido en san Miguel La dorada Putumayo, quien falleció el día

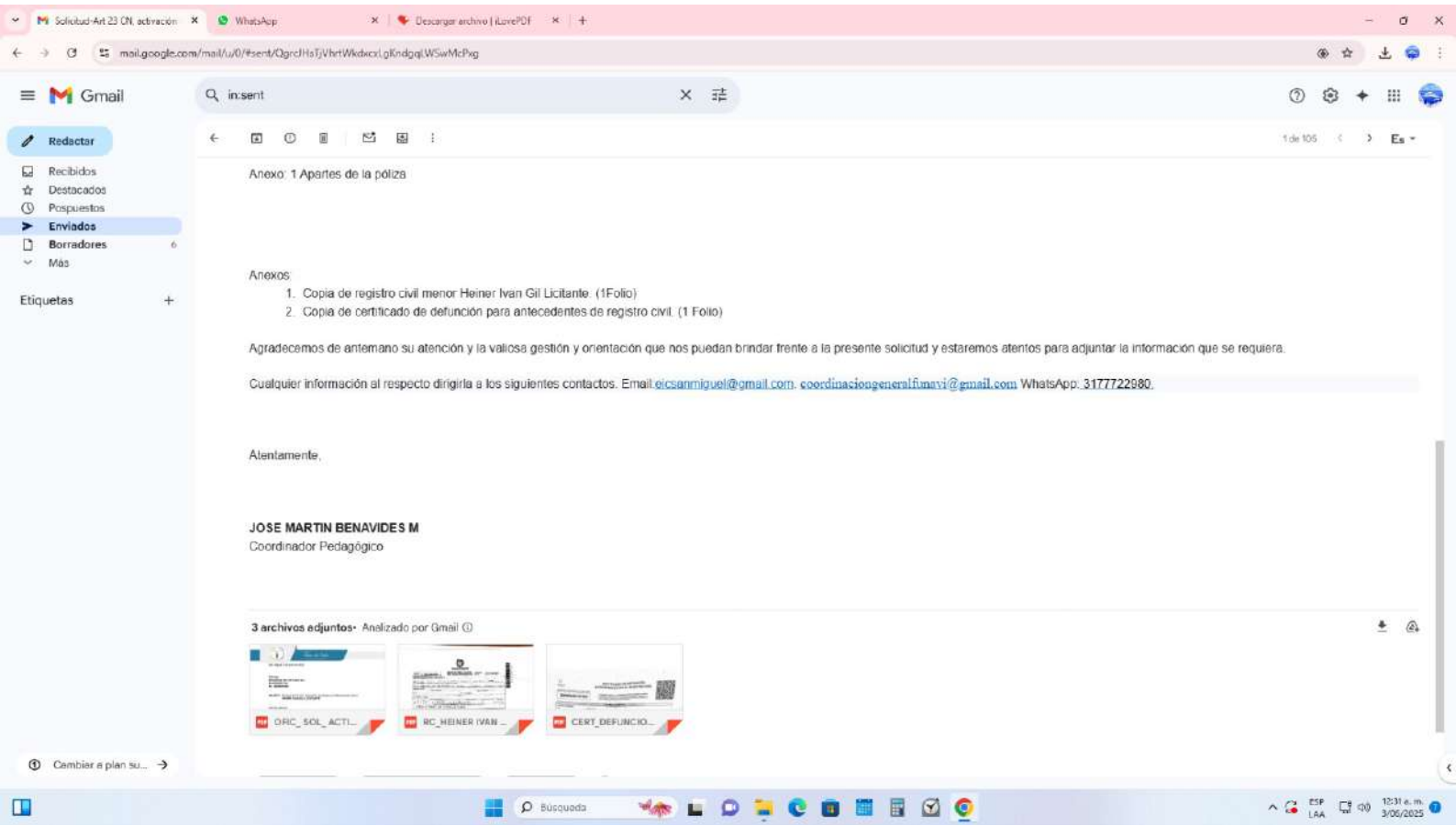
Nos permitimos informar que el menor falleció el día 31 de mayo de 2025, en el departamento de Nariño Municipio de Pasto, según consta en el certificado de defunción de antecedentes para registro civil No. **2506842013132.**

Solicitamos toda la atención y orientación para la garantía de derechos por la adquisición de la **Póliza:** No.1000005041, **Sucursal:** Pasto, **Ramo:** Accidentes Personales Integral Estudiantil, **Tomador:** Fundación Alma de Vida, **Vigencia de poliza:**1 de abril de 2025 a 30 de septiembre de 225, **Endoso:** 1, **Numero de orden**: 414, **Identificación:** 65706137, **Nombre**: Heiner Ivan Gil Licitante, **Categoria:** 1opsion 1, **Novedad:** Alta, **Periodo:** 1 de abril de 2025 a 30 de septiembre de 2025, **Sueldo:** 0, **Suma asegurada:** 39.500.000.000, **Prima:** 3.481.000

Búsqueda

ESP LAA

12:28 a. m. 3/06/2025


Solicitud-Art 23 CN, aclaración
WhatsApp
Descargar archivo | iLovePDF
mail.google.com/mail/u/0/#sent/QgrcJHsTjVhrtWkdxcxLgKndgqLWSwMcPxg
Gmail
in:sent
Redactar
Recibidos
Destacados
Pospuestos
Enviados
Borradores 6
Más
Etiquetas
1 de 105
Anexo: 1 Apartes de la póliza
Anexos
1. Copia de registro civil menor Heiner Ivan Gil Licitante. (1Folio)
2. Copia de certificado de defunción para antecedentes de registro civil. (1 Folio)
Agradecemos de antemano su atención y la valiosa gestión y orientación que nos puedan brindar frente a la presente solicitud y estaremos atentos para adjuntar la información que se requiera.
Cualquier información al respecto dirigirla a los siguientes contactos. Email.elcsanmiguel@gmail.com. coordinaciongeneralfunavi@gmail.com WhatsApp: 3177722980.
Atentamente,
JOSE MARTIN BENAVIDES M
Coordinador Pedagógico
3 archivos adjuntos• Analizado por Gmail
DRC_ SOL_ ACTI...
RC_HEINER IVAN ...
CERT_DEFUNCIO...
Cambiar a plan su...
Búsqueda
ESP
LAA
12:31 a. m.
3/06/2025

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**25068420131321**

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

## I. INFORMACIÓN GENERAL

| LUGAR DE LA DEFUNCIÓN | | |
|---|---|---|
| País: COLOMBIA | Departamento: NARIÑO | Municipio: PASTO |

| ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN | |
|---|---|
| Área: Cabecera Municipal | Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío) |

| TIPO DE DEFUNCION | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Dia) | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos) |
|---|---|---|
| No fetal | 2025-05-31 | 23:43:00 |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO | |
|---|---|---|
| | Tipo de documento | Número de documento |
| Masculino | Registro civil | 1122344425 |

| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| GIL | LUCITANTE | HEINER | IVAN |

| PROBABLE MANERA DE MUERTE | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO | |
|---|---|---|
| | Pertenencia étnica | ¿A cual pueblo indígena pertenece? |
| Natural | Indigena | QUECHUA |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR | |
|---|---|
| Tipo de documento | Número de documento |
| Cédula de ciudadanía | 1061804400 |

| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| MONTERO | ZAMBRANO | ANDREA | CAMILA |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 1061804400 |

| LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO | |
|---|---|
| Departamento: NARIÑO | Municipio: PASTO |

| FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Dia) | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| 2025-06-01 | |

REGISTRO UNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

*Fecha de impresión: 2025-06-01 00:07*

**Código verificación: 8B16-D9FE-5CE1-82A7**

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**250684201313 21**

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados

## I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | NARIÑO | PASTO |

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

| Área | Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío) |
|---|---|
| Cabecera Municipal | |

| TIPO DE DEFUNCION | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Dia) | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos) |
|---|---|---|
| No fetal | 2025-05-31 | 23:43:00 |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento) | Número de documento |
|---|---|---|
| Masculino | Registro civil | 1122344425 |

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| GIL | LUCITANTE | HEINER | IVAN |

| PROBABLE MANERA DE MUERTE | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO (Pertenencia étnica) | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |
|---|---|---|
| Natural | Indigena | QUECHUA |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

| Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|
| Cédula de ciudadanía | 1061804400 |

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| MONTERO | ZAMBRANO | ANDREA | CAMILA |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 1061804400 |

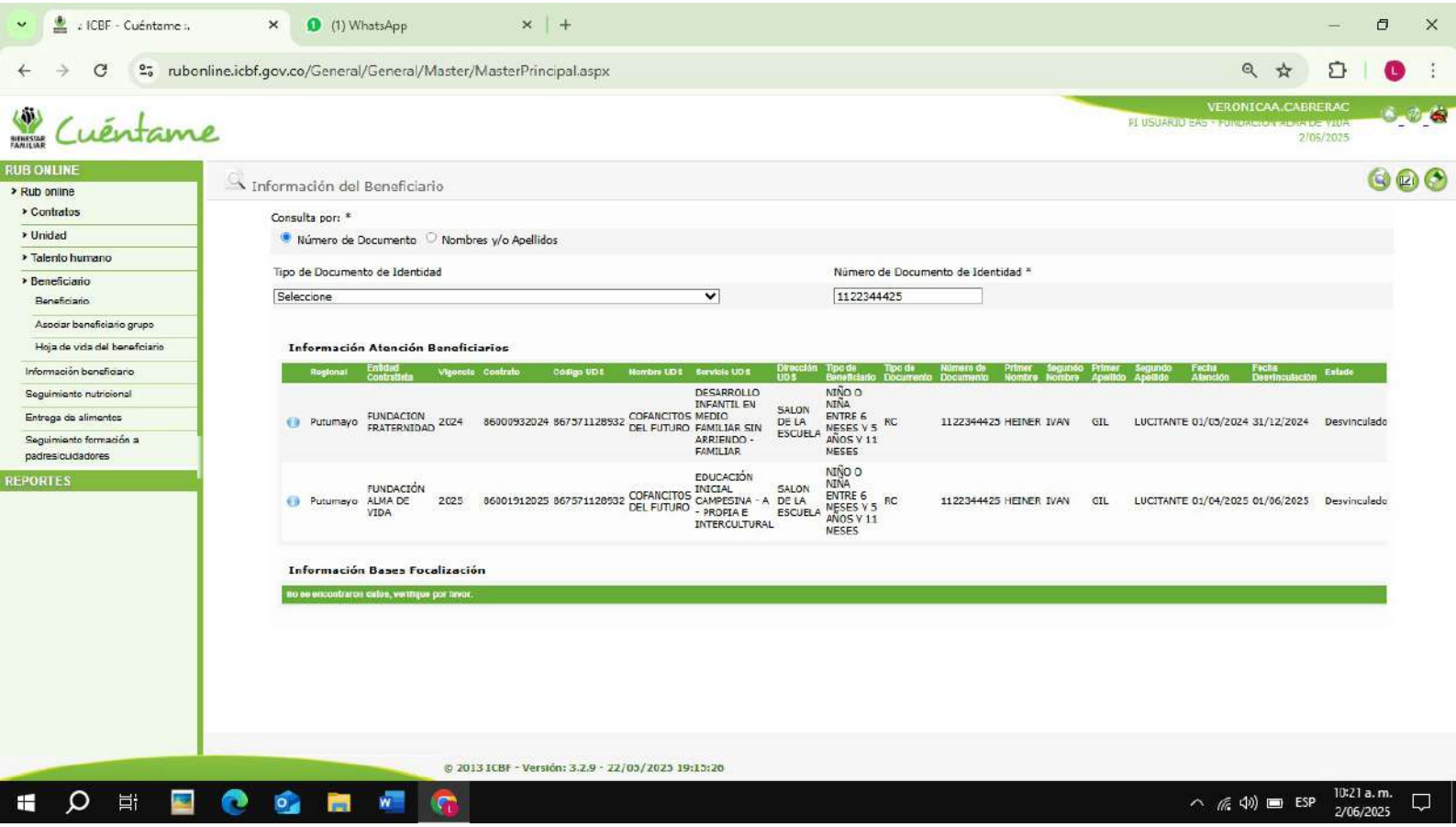
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| NARIÑO | PASTO |

| FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Dia) | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| 2025-06-01 | |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-06-01 00:07

Código verificación: 8B16-D9FE-5CE1-82A7


ICBF - Cuéntame
(1) WhatsApp
rubonline.icbf.gov.co/General/General/Master/MasterPrincipal.aspx
Cuéntame
VERONICAA.CABRERAC
2/06/2025
RUB ONLINE
Rub online
Contratos
Unidad
Talento humano
Beneficiario
Beneficiario
Asociar beneficiario grupo
Hoja de vida del beneficiario
Información beneficiario
Seguimiento nutricional
Entrega de alimentos
Seguimiento formación a padres/cuidadores
REPORTES
Información del Beneficiario
Consulta por: *
Número de Documento
Nombres y/o Apellidos
Tipo de Documento de Identidad
Seleccione
Número de Documento de Identidad *
1122344425
Información Atención Beneficiarios
Regional
Entidad Contratista
Vigencia
Contrato
Código UDS
Nombre UDS
Servicio UDS
Dirección UDS
Tipo de Beneficiario
Tipo de Documento
Número de Documento
Primer Nombre
Segundo Nombre
Primer Apellido
Segundo Apellido
Fecha Atención
Fecha Desvinculación
Estado
Putumayo
FUNDACION FRATERNIDAD
2024
86000932024
867571128532
COFANCITOS DEL FUTURO
DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR SIN ARRIENDO - FAMILIAR
SALON DE LA ESCUELA
NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MESES Y 5 AÑOS Y 11 MESES
RC
1122344425
HEINER
IVAN
GIL
LUCITANTE
01/03/2024
31/12/2024
Desvinculado
Putumayo
FUNDACIÓN ALMA DE VIDA
2025
86001912025
867571128532
COFANCITOS DEL FUTURO
EDUCACIÓN INICIAL CAMPESINA - A - PROPIA E INTERCULTURAL
SALON DE LA ESCUELA
NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MESES Y 5 AÑOS Y 11 MESES
RC
1122344425
HEINER
IVAN
GIL
LUCITANTE
01/04/2025
01/06/2025
Desvinculado
Información Bases Focalización
No se encontraron datos, verifique por favor.
© 2013 ICBF - Versión: 3.2.9 - 22/05/2025 19:15:26
ESP
10:21 a. m.
2/06/2025

San Miguel 2 de junio de 2025

Señores
**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**
**Nit-8600091744**
**Nit- 8600097586**

**ASUNTO:** Solicitud-Art 23 CN, activación de pólizas por fallecimiento menor
**HEINER IVAN GIL LUCITANTE**

Atentos saludos

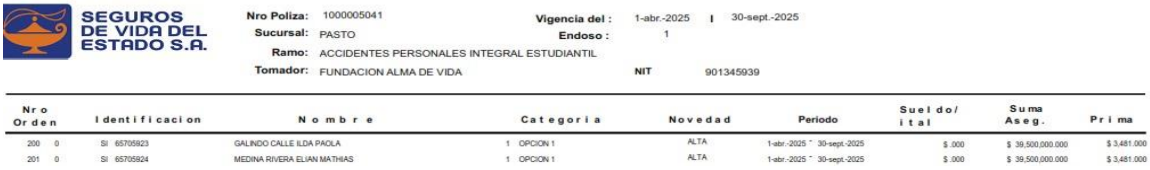
**Respetados Señores,** Reciba un cordial saludo en nombre de la fundación Alma de vida y de quienes conformamos la Unidad comunitaria de Atención-**UCA** “Confancitos del futuro".

Por medio de la presente, nos dirigimos a ustedes con el debido respeto para solicitar formalmente la activación de la póliza por fallecimiento del menor **HEINER IVAN GIL** Identificado con RC No. **1.122. 344.103** expedido en san Miguel La dorada Putumayo, quien falleció el día

Nos permitimos informar que el menor falleció el día 31 de mayo de 2025, en el departamento de Nariño Municipio de Pasto, según consta en el certificado de defunción de antecedentes para registro civil No. **2506842013132.**

Solicitamos toda la atención y orientación para la garantía de derechos por la adquisición de la **Póliza:** No.1000005041, **Sucursal:** Pasto, **Ramo:** Accidentes Personales Integral Estudiantil, **Tomador:** Fundación Alma de Vida, **Vigencia de poliza:**1 de abril de 2025 a 30 de septiembre de 225, **Endoso:** 1, **Numero de orden**: 414, **Identificación:** 65706137, **Nombre**: Heiner Ivan Gil Licitante, **Categoría:** 1opsion 1, **Novedad:** Alta, **Periodo:** 1 de abril de 2025 a 30 de septiembre de 2025, **Sueldo:** 0, **Suma asegurada:** 39.500.000.000, **Prima:** 3.481.000.

Anexo: 1 Apartes de la póliza



SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

Nro Poliza: 1000005041 Vigencia del : 1-abr.-2025 I 30-sept.-2025
Sucursal: PASTO Endoso : 1
Ramo: ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL
Tomador: FUNDACION ALMA DE VIDA NIT 901345939

| Nro Orden | | Identificacion | | Nombre | | Categoria | Novedad | Periodo | Sueldo/ital | Suma Aseg. | Prima |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 200 | 0 | SI | 65705923 | GALINDO CALLE ILDA PAOLA | 1 | OPCION 1 | ALTA | 1-abr.-2025 ~ 30-sept.-2025 | $ .000 | $ 39,500,000,000 | $ 3,481,000 |
| 201 | 0 | SI | 65705924 | MEDINA RIVERA ELIAN MATHIAS | 1 | OPCION 1 | ALTA | 1-abr.-2025 ~ 30-sept.-2025 | $ .000 | $ 39,500,000,000 | $ 3,481,000 |



| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 409 | 0 | SI | 65706132 | CANTICUZ GUALPAZ GABRIELA FERNANDA | 1 | OPCION 1 | ALTA | 1-abr.-2025 | 30-sept.-2025 | $ .000 | $ 39,500,000.000 | $ 3,481.000 |
| 410 | 0 | SI | 65706133 | LUCITANTE PAYAGUAJE DIANA ALEJANDRA | 1 | OPCION 1 | ALTA | 1-abr.-2025 | 30-sept.-2025 | $ .000 | $ 39,500,000.000 | $ 3,481.000 |
| 411 | 0 | SI | 65706134 | MOJOMBOY QUETA SANDRA MILENA | 1 | OPCION 1 | ALTA | 1-abr.-2025 | 30-sept.-2025 | $ .000 | $ 39,500,000.000 | $ 3,481.000 |
| 412 | 0 | SI | 65706135 | LUCITANTE CRIOLLO LIAN MATEO | 1 | OPCION 1 | ALTA | 1-abr.-2025 | 30-sept.-2025 | $ .000 | $ 39,500,000.000 | $ 3,481.000 |
| 413 | 0 | SI | 65706136 | BARRIOS RUIZ MIA CATTLEYA | 1 | OPCION 1 | ALTA | 1-abr.-2025 | 30-sept.-2025 | $ .000 | $ 39,500,000.000 | $ 3,481.000 |
| 414 | 0 | SI | 65706137 | GIL LUCITANTE HEINER IVAN | 1 | OPCION 1 | ALTA | 1-abr.-2025 | 30-sept.-2025 | $ .000 | $ 39,500,000.000 | $ 3,481.000 |
| 415 | 0 | SI | 65706138 | GUALPAZ CRIOLLO AILANY YALITZA | 1 | OPCION 1 | ALTA | 1-abr.-2025 | 30-sept.-2025 | $ .000 | $ 39,500,000.000 | $ 3,481.000 |
| 416 | 0 | SI | 65706139 | CRIOLLO CASTILLO YAIR SANTIAGO | 1 | OPCION 1 | ALTA | 1-abr.-2025 | 30-sept.-2025 | $ .000 | $ 39,500,000.000 | $ 3,481.000 |
| 417 | 0 | SI | 65706140 | CRIOLLO BASTIDAS EYDAN YADIEL | 1 | OPCION 1 | ALTA | 1-abr.-2025 | 30-sept.-2025 | $ .000 | $ 39,500,000.000 | $ 3,481.000 |

Página 5 de 17

Anexos:

1. Copia de registro civil menor Heiner Ivan Gil Licitante. (1Folio)
2. Copia de certificado de defunción para antecedentes de registro civil. (1 Folio)

Agradecemos de antemano su atención y la valiosa gestión y orientación que nos puedan brindar frente a la presente solicitud y estaremos atentos para adjuntar la información que se requiera.

Cualquier información al respecto dirigirla a los siguientes contactos.
Email:eicsanmiguel@gmail.com. coordinaciongeneralfunavi@gmail.com
WhatsApp: 3177722980.

Atentamente,

**JOSE MARTIN BENAVIDES M**
Coordinador Pedagógico

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.122.344.425

Indicativo Serial 63700430

.63700430.

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registrador [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [X] [ ] [ ]

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

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

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| GIL | LUCITANTE |

Nombre(s)

HEINER IVAN

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2 0 0 4 Mes A B R Día 2 2 | MASCULINO | O | POSITIVO |

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

COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 240478109443 66 |

**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

LUCITANTE PAYAGUAJE LEYDI

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.122.338.488 | 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

GIL GARCIA BYRON BOLIVAR

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| DE 2100495999 | ECUADOR |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

LUCITANTE PAYAGUAJE LEYDI

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1.122.338.488 | Leydi Lucitante |

**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 2 0 2 4 Mes M A Y Día 1 4 | ROY BRISON CAMPO QUIRAMA - REGIST<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

ESPACIO PARA NOTAS

14.MAY.2024 - LIBRO DE VARIOS

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Salud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

**250684201313 21**

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados

## I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | NARIÑO | PASTO |

ÁREA DONDE OCURRIO LA DEFUNCIÓN

| Área | Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío) |
|---|---|
| Cabecera Municipal | |

| TIPO DE DEFUNCION | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Año - Mes - Dia) | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN (Hora - Minutos) |
|---|---|---|
| No fetal | 2025-05-31 | 23:43:00 |

| SEXO DEL FALLECIDO | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (Tipo de documento) | Número de documento |
|---|---|---|
| Masculino | Registro civil | 1122344425 |

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| GIL | LUCITANTE | HEINER | IVAN |

| PROBABLE MANERA DE MUERTE | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO (Pertenencia étnica) | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |
|---|---|---|
| Natural | Indigena | QUECHUA |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

| Tipo de documento | Número de documento |
|---|---|
| Cédula de ciudadanía | 1061804400 |

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| MONTERO | ZAMBRANO | ANDREA | CAMILA |

| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | REGISTRO PROFESIONAL |
|---|---|
| Médico | 1061804400 |

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

| Departamento | Municipio |
|---|---|
| NARIÑO | PASTO |

| FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO (Año - Mes - Dia) | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |
|---|---|
| 2025-06-01 | |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-06-01 00:07

Código verificación: 8B16-D9FE-5CE1-82A7



# ACTA DE REUNIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| **DEPARTAMENTO** | PUTUMAYO | **MUNICIPIO** | SAN MIGUEL |
| **FECHA** | 31/10/2025 | **HORA** | 2:00 PM |
| **TEMA** | Caso de activación de póliza de seguro por fallecimiento | | |
| **OBJETIVO** | Recopilar información sobre acciones desarrolladas en el caso de activación de póliza de seguro por fallecimiento | | |

**Agenda:**

1. Saludo
2. Desarrollo de la actividad.
3. Compromisos y varios

**Desarrollo de la agenda:**

1. Se realiza reunión con la agente educativa Diana Marcela Moreno, encargada de la UCA Cofancitos del futuro ubicada en el resguardo Yarinal.

2. Se realiza la indagación sobre el proceso y las gestiones efectuadas en relación con la activación de la póliza de seguro correspondiente al fallecimiento del niño Heiner Iván Gil Lucitante, de un (1) año de edad, ocurrido en el mes de mayo del presente año.

   De acuerdo con la información suministrada por la familia, en el mes de agosto se efectuó el pago del 50% del valor de la póliza a la madre del menor la señora Leidy Lucitante Payoguaje. El restante 50% se encuentra destinado al padre, quien es de nacionalidad ecuatoriana.

   Desde el mes de septiembre, la familia ha venido realizando las diligencias necesarias para formalizar el pago correspondiente al padre. Sin embargo, el trámite ha presentado algunas demoras debido a requerimientos administrativos y documentales. Inicialmente, se solicitó la apertura de una cuenta bancaria en Colombia a nombre del padre para efectuar la consignación; ante la dificultad para ello, se gestionó un poder especial que autorizaba a la madre del menor para recibir la totalidad del dinero.

   No obstante, fue necesario ratificar la autorización mediante nuevos documentos, dado que la cédula ecuatoriana del padre se encontraba vencida, por lo que este debió tramitar la renovación, así como la autenticación y legalización de los documentos requeridos.

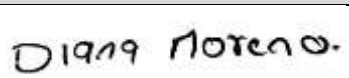
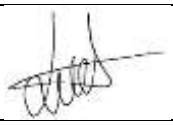
   Finalmente, en el mes de octubre, se remitió toda la documentación actualizada a la entidad aseguradora por medio electrónico, y actualmente la familia se encuentra a la espera de una respuesta oficial sobre la aprobación del trámite y el desembolso pendiente.

3. Se da lugar a las inquietudes y observaciones y se da por terminada la reunión.

**Compromisos:**

El equipo de la Fundación Alma de Vida manifiesta su compromiso de continuar brindando acompañamiento permanente a la familia en el proceso de activación total de la póliza de seguro. Para ello, se realizará un seguimiento constante a los tiempos establecidos por la entidad aseguradora, con el fin de garantizar el cumplimiento oportuno de los procedimientos administrativos.

Asimismo, el equipo se compromete a mantener comunicación directa y periódica con las partes involucradas, tanto con la aseguradora como con los representantes legales de la familia, a fin de gestionar oportunamente cualquier requerimiento adicional y, en caso de presentarse demoras en la respuesta, intervenir activamente para agilizar el trámite y asegurar que los derechos de la familia sean debidamente atendidos.

| **PERSONAL ENCARGADO DE LA REUNION** | | |
|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **CARGO** | **FIRMA** |
| DIANA MARCELA MORENO | AGENTE EDUCATIVO |  |
| YENIFER ALEXANDRA OSSA RODRIGUEZ | COORDINADORA LOCAL |  |

*Anexos: Registro fotográfico*

## REGISTRO FOTOGRAFICO

***Anexe 2 evidencias donde se pueda realizar la verificación de la reunión realizada.***

| ***Evidencia 1*** | ***Evidencia 2*** |
|---|---|
|  |   |
| Reunión con agente educativo Diana Moreno | Comunica vía telefónica con la señora Leidy Lucitante Payoguaje madre del menor fallecido |

# ACTA DE REUNIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| **DEPARTAMENTO** | PUTUMAYO | **MUNICIPIO** | SAN MIGUEL |
| **FECHA** | 10/11/2025 | **HORA** | 9:00 AM |
| **TEMA** | Acciones de activación de póliza de seguro por fallecimiento | | |
| **OBJETIVO** | Recopilar acciones desarrolladas en el caso de activación de póliza de seguro por fallecimiento de Heiner Iván Gil Lucitante | | |

**Agenda:**

1. Desarrollo de la actividad.

**Desarrollo de la agenda:**

1. Teniendo en cuenta el fallecimiento de Heiner Iván Gil Lucitante, de un (1) año de edad, ocurrido en el mes de mayo del presente año, perteneciente a la UCA Cofancitos del futuro ubicada en el resguardo Yarinal, se describen a continuación las acciones efectuadas:

   **Primero.** El día 11 de agosto del presente año, la señora Leidy Lucitante Payoguaje recibe vía correo electrónico la notificación del pago de la indemnización por el 50% de la póliza de seguro por un valor de $4.350.000.

   **Segundo.** La familia ha venido realizando las diligencias necesarias para formalizar el pago correspondiente al padre. El día 11 de agosto se realiza solicitud vía correo electrónico con los soportes requeridos enviados a notificacionessegurosdevidaestado@sis.co

   **Tercero.** El día 8 de septiembre, se recibe correo por parte de la aseguradora solicitando los siguientes documentos, Formulario de reclamación STRO062, Copia del documento de identidad y Certificación bancaria no mayor a 30 días propia del señor BYRON BOLIVAR GIL GARCIA.

   **Cuarto.** El día 15 de octubre. Se realiza envío de documentos solicitados para el pago de indemnización incluyendo poder autenticado para que el desembolso se realice a la cuenta de la señora Leidy Lucitante, toda vez que, el padre no tiene activa una cuenta bancaria.

   **Quinto.** El día 7 de noviembre, se recibe correo electrónico solicitando la corrección del poder autenticado, el cual, debe estar dirigido a SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A

   **Sexto.** El dia 11 de noviembre se realizarà la diligencia de autenticacion del poder y envio nuevamente al correo electronico y se continuará pendientes de la respuesta.

Anexos:
- RAT-SDO-1122338488-PIE-5109-2025
- RAT-SDO-1122338488-PIE-6008-2025

**Compromisos:**

El equipo de la Fundación Alma de Vida manifiesta su compromiso de continuar brindando acompañamiento permanente a la familia en el proceso de activación total de la póliza de seguro. Para ello, se realizará un seguimiento constante a los tiempos establecidos por la entidad aseguradora, con el fin de garantizar el cumplimiento oportuno de los procedimientos administrativos.

Asimismo, el equipo se compromete a mantener comunicación directa y periódica con las partes involucradas, tanto con la aseguradora como con los representantes legales de la familia, a fin de gestionar oportunamente cualquier requerimiento adicional y, en caso de presentarse demoras en la respuesta, intervenir activamente para agilizar el trámite y asegurar que los derechos de la familia sean debidamente atendidos.

| **PERSONAL ENCARGADO DE LA REUNION** | | |
|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **CARGO** | **FIRMA** |
| YENIFER ALEXANDRA OSSA RODRIGUEZ | COORDINADORA LOCAL |  |

*Anexos: Registro fotográfico*

## REGISTRO FOTOGRAFICO

Notificación de pago de 50% a la señora Leidy Lucitante Payoguaje en calidad de madre.

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.174-4

DJPIE-1242-2025

Bogotá D.C., 11 de agosto de 2025

Señora
LEIDY PAYAGUAJE LUCITANTE
Teléfono: 3229153588
Correo: payaguajedeisy@gmail.com

Asunto: Respuesta Derecho de Petición
Radicado: 4/2025*2041

Respetada Señora Leidy:

Se recibió la solicitud realizada a Seguros de Vida del Estado S.A., el 01 de agosto de 2025, respecto a la solicitud indemnizatoria relaciona a continuación, nos permitimos hacer las siguientes consideraciones:

<<"*(…) Por medio de la presente, me dirijo a ustedes con el debido respeto para solicitar formalmente hacer efectivo la indemnización de la póliza por fallecimiento de mi hijo* ***HEINER IVAN GIL*** *Identificado con RC No.* ***1.122. 344.103*** *expedido en san Miguel La dorada Putumayo, quien falleció el día 31 de mayo de 2025, en el departamento de Nariño Municipio de Pasto, según consta en el certificado de defunción de antecedentes para registro civil No.* ***2506842013132.***

*Solicito de manera atenta hacer efectiva la* ***Póliza:*** *No. 1000005041,* ***Sucursal:*** *Pasto,* ***Ramo:*** *Accidentes Personales Integral Estudiantil,* ***Tomador:*** *Fundación Alma de Vida,* ***Vigencia de poliza:****1 de abril de 2025 a 30 de septiembre de 225,* ***Endoso:*** *1,* ***Numero de orden****: 414,* ***Identificación:*** *65706137,* ***Nombre****: Heiner Ivan Gil Licitante,* ***Categoría:*** *1opsion 1,* ***Novedad:*** *Alta,* ***Periodo:*** *1 de abri de 2025 a 30 de septiembre de 2025,* ***Sueldo:*** *0,* ***Suma asegurada:*** *39.500.000.000,* ***Prima:*** *3.481.000. (…)*">>

Al respecto, Seguros de Vida del Estado S.A., realiza los siguientes comentarios:

1. Revisada las bases de datos de la Aseguradora, se eivdenció que, se realizó indemización a su nombre por el 50% del valor asegurado por el amparo de *"Muerte Por Cualquier Causa"*, por un valor de Cuatro Millones Trescientos Cincuenta Mil Pesos M/CTE ($4.350.000), mediante la transferencia No. TR110652 el 11 de agosto de 2025 y el otro 50% queda sujeto a la reclamación que pueda presentar el señor

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.174-4

DJPIE-1242-2025
Byrin Bolivar Gil Garcia en calidad del padre del asegurado.

2. Además, se realizó indemización a su nombre por el 50% del valor asegurado por el amparo de *"Auxilió Funerario por Muerte Por Cualquier Causa"*, por un valor de Dos Millones Quinientos Mil Pesos M/CTE ($2.500.000), mediante la transferencia No. TR110652 el 11 de agosto de 2025 y el otro 50% queda sujeto a la reclamación que pueda presentar el señor Byrin Bolivar Gil Garcia en calidad del padre del asegurado.

3. Lo anterior, teniendo en cuenta, lo siguiente:

El Clausulado de Poliza Integral Estudiantil, establece:

*(...) 2.4. BENEFICIARIO:El beneficiario de este seguro será el asegurado y/o los beneficiarios de ley. Es la persona que puede reclamar el pago del valor del seguro. (...)"*

Ahora bien, debemos tener en cuenta que el artículo 1142 del Código de Comercio establece, lo siguiente:

*"(...) Designación de Beneficiarios.*

*Cuando no se designe beneficiario, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de tales el cónyuge del asegurado, en la mitad del seguro, y los herederos de éste en la otra mitad.*

*Igual regla se aplicará en el evento de que se designe genéricamente como beneficiarios a los herederos del asegurado (...)"*

Es importante resaltar que los herederos son definidos por el artículo 1040 del Código Civil, Asi:

*"(...) PERSONAS EN LA SUCESION INTESTADA. Son llamados a sucesión intestada: los descendientes; los hijos adoptivos; los ascendientes; los padres adoptantes; los hermanos; los hijos de éstos; el cónyuge supérstite; el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (...)"*

*(Subrayado Fuera de Texto)*

Por tanto, la liquidación del pago realizada por parte de SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. se ajusta a los preceptos legales constituidos.

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.174-4

DJPIE-1242-2025

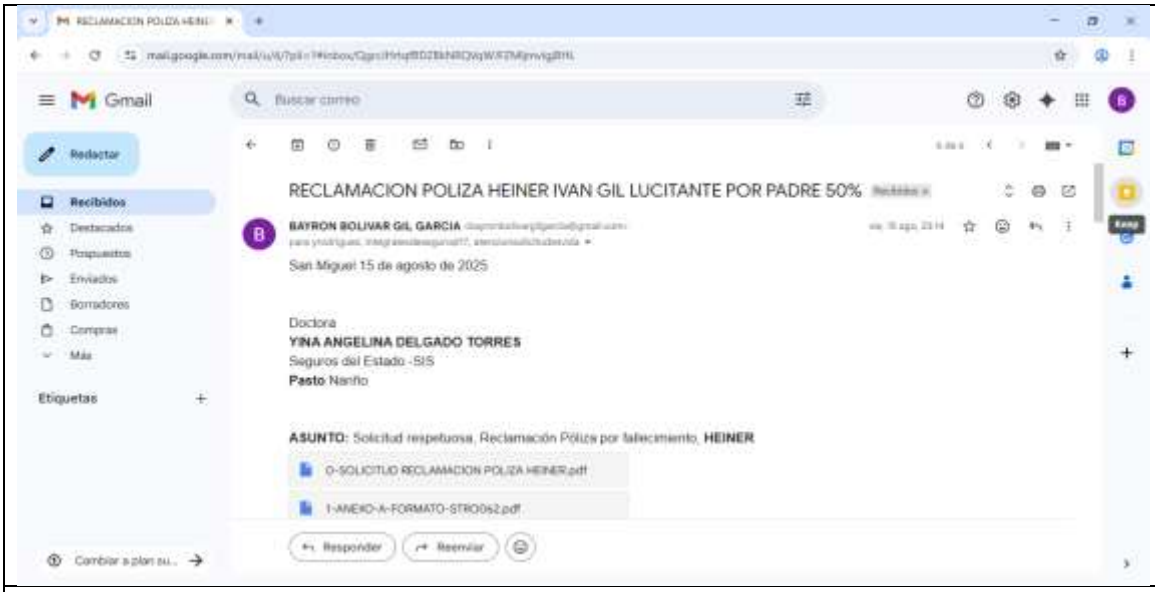
Reiteramos nuestro compromiso de servicio, ante cualquier inquietud o envío de documentación, podrá remitirla al correo atencionsolicitudesvida@sis.co; con copia opcional al correo requerimientosjudicialesycartera@sis.co, o dirigirla a la dependencia SIS VIDA S.A.S ubicada en la Carrera 23 166-36 de la ciudad de Bogotá D.C., citando el número del siniestro y el número de la presente comunicación o comunicarse al PBX: 6767400 en la ciudad de Bogotá D.C.

Cordialmente,

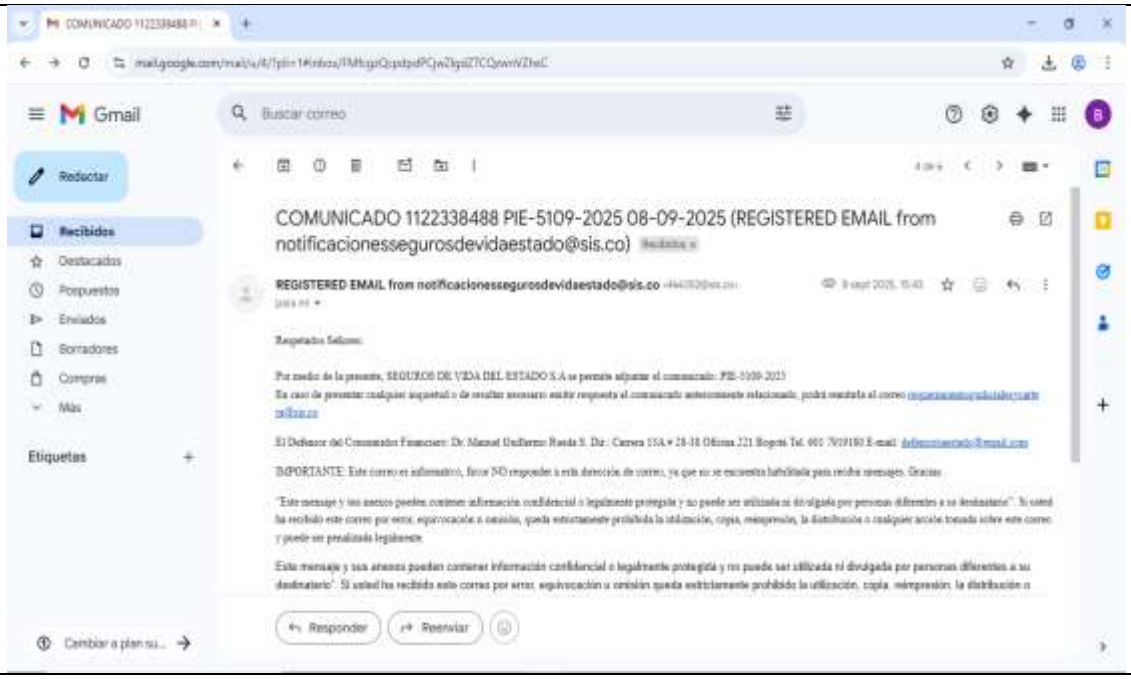
Profesional Jurídico

RARIZA

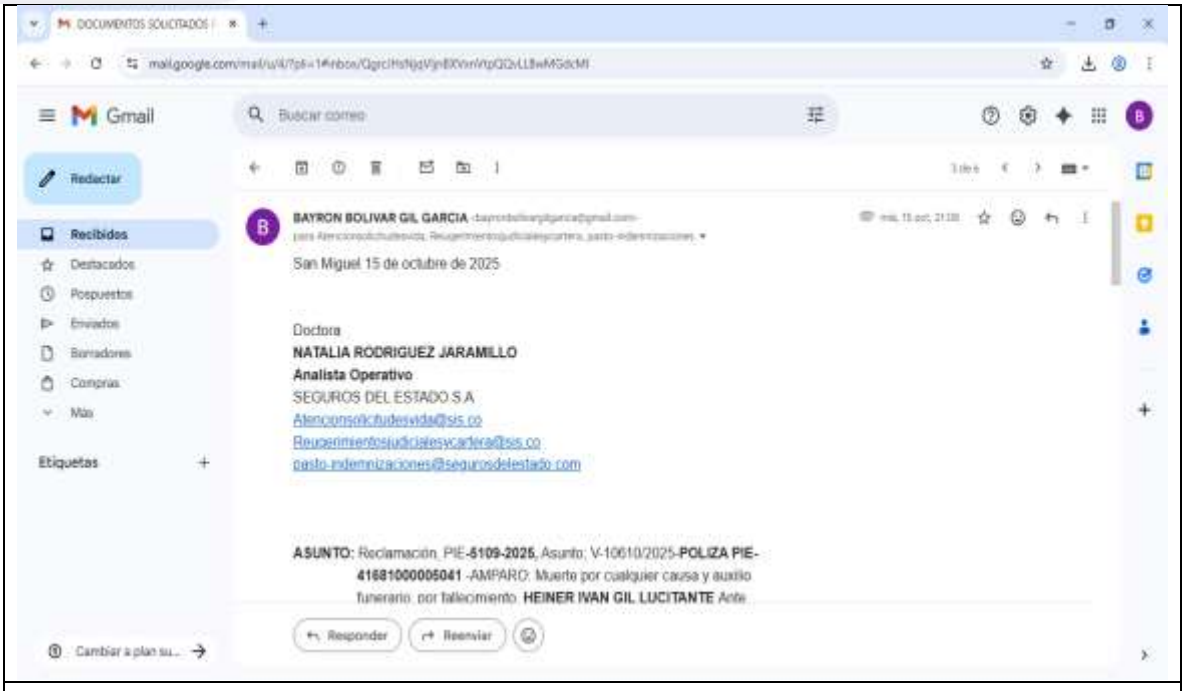
## Pantallazos de correos electrónicos



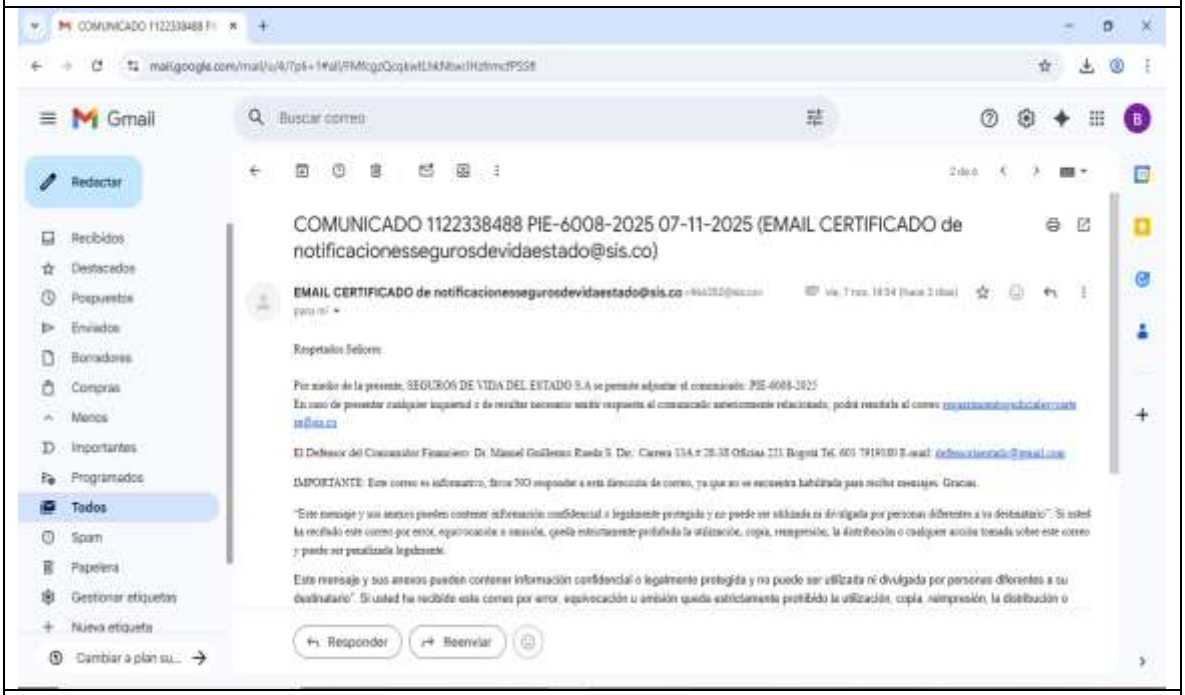

**11 de agosto. Correo de solicitud de 50% de póliza al padre.**




**8 de septiembre. Correo de respuesta a solicitud**




**15 de octubre. Envío de documentos solicitados para el pago de indemnización**




**7 de noviembre. Respuesta solicitando corrección en el poder autenticado**

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

PIE-5109-2025

Bogotá, D.C., 05 de septiembre de 2025

Señores
LEYDI LUCITANTE PAYAGUAJE
BYRON BOLIVAR GIL GARCIA
Resguardo Yarinal San Miguel
Teléfono: 3229153588
Correo: payaguajedeisy@gmail.com;bayronbolivargilgarcia@gmail.com
San Miguel, Putumayo

| | | |
|---|---|---|
| Asunto: | Siniestro VIDA | : V-10610/2025*1*2 |
| | Fecha de Siniestro | : 31 de mayo de 2025 |
| | Asegurado | : Heiner Iván Gil Lucitante |
| | Póliza PIE | : 41-68-1000005041 |
| | Tomador | : Fundación Alma De Vida |
| | Amparo | : Muerte por Cualquier Causa y Auxilio Funerario por Cualquier Causa |

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Respetados Señores:

Se procede a atender la solicitud elevada ante esta Aseguradora el día 15 de agosto de 2025, mediante la cual requiere <…*indemnización por fallecimiento…* >, que busca afectar la póliza de Accidentes Personales Integral Estudiantil del asunto, como consecuencia del lamentable fallecimiento ocurrido el 31 de mayo de 2025 del menor Heiner Iván Gil Lucitante; le informamos que una vez revisada la misma se evidencia ausencia de soportes para poder continuar con la atención de la solicitud. Por lo tanto, es necesario aportar la documentación faltante lo más pronto posible para realizar el respectivo análisis de su reclamación y así poder definir su reclamo.

Teniendo en cuenta los documentos recibidos para la reclamación de pago de la indemnización por *auxilio funerario por fallecimiento del recién nacido*, la solicitud allegada por usted carece de los documentos enunciados a continuación los cuales deben ser aportados con el objeto de continuar con su reclamación.

- Formulario de reclamación STRO062 o carta de solicitud de reclamación dirigida a Seguros de Vida del Estado S.A. (la carta de solicitud debe contener datos como: nombres y apellidos completos del reclamante, número de identificación, dirección, correo electrónico y teléfono) diligenciado en su totalidad por el señor

PIE-5109-2025

BYRON BOLIVAR GIL GARCIA incluyendo la información del titular de la cuenta que debe ser propia del reclamante, toda vez que en el aportado los datos del titular de la cuenta no son los mismos de quien reclama.

- Copia del documento de identidad del señor BYRON BOLIVAR GIL GARCIA, toda vez que el aportado se encuentra ilegible y no hay claridad sobre los datos básicos de consulta.

- Certificación bancaria no mayor a 30 días propia del señor BYRON BOLIVAR GIL GARCIA, reclamante, y sin límites en los montos bancarios a transferir. A continuación, se enuncian los bancos a los cuales la compañía de seguros puede generar las respectivas transacciones bancarias posterior a la aprobación del pago de la indemnización:




Ahora bien, en caso tal que los dineros deban ser consignados en la cuenta bancaria de la señora LEYDI LUCITANTE PAYAGUAJE deberá aportar Poder especial en original suscrito ante Notaria Publica y dirigido a Seguros de Vida del Estado por parte del señor BYRON BOLIVAR GIL GARCIA en donde le otorgue las facultades especiales de presentar reclamación por el amparo de muerte y auxilio funerario por cualquier causa, recibir o que los dineros producto de la reclamación con cargo a la Póliza 1000005041, sean transferidos a su cuenta bancaria o las facultades que considere pertinentes.

Una vez allegue lo solicitado, se podrá continuar con el proceso indemnizatorio.

La anterior solicitud al reclamante se sustenta en la carga de la prueba que le asiste y que se encuentra regulada en el artículo 1077 del Código de Comercio en el cual se refiere que “<<Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del Siniestro, así



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PIE-5109-2025
como la cuantía de la perdida, si fuere el caso>>”

Reiteramos nuestro compromiso de servicio, ante cualquier inquietud o envío de documentación, podrá remitirla al correo atencionsolicitudesvida@sis.co con copia opcional a requerimientosjudicialesycartera@sis.co o dirigirla a la dependencia SIS Vida S.A.S ubicada en la Carrera 23 166-36 de la ciudad de Bogotá D.C., citando el número del siniestro y el número de la presente comunicación o comunicarse al PBX: 6767400 en la ciudad de Bogotá D.C.

Cordialmente,

Natalia Rodríguez Jaramillo
Analista Operativo

Anexo: Uno (Formulario STRO062)
Copia: Dr. Victor Leandry Villota Rodriguez - Gerente Seguros de Vida del Estado, Sucursal Pasto.
Copia: pasto-indemnizaciones@segurosdelestado.com

Elaboró: natrodriguez

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

PIE-6008-2025

Bogotá, D.C., 06 de noviembre de 2025

Señores
BYRON BOLIVAR GIL GARCIA
LEYDI LUCITANTE PAYAGUAJE
Resguardo Yarinal San Miguel
Teléfono: 3229153588
Correo: bayronbolivargilgarcia@gmail.com;payaguajedeisy@gmail.com
San Miguel, Putumayo

| | | |
|---|---|---|
| Asunto: | Siniestro VIDA | : V-10610/2025*1*2 |
| | Fecha de Siniestro | : 31 de mayo de 2025 |
| | Asegurado | : Heiner Iván Gil Lucitante |
| | Póliza PIE | : 41-68-1000005041 |
| | Tomador | : Fundación Alma De Vida |
| | Amparo | : Muerte por Cualquier Causa y Auxilio Funerario por Cualquier Causa |

Respetados Señores:

Se procede a atender la solicitud elevada ante esta Aseguradora el día 15 de octubre de 2025, mediante la cual requiere <…*indemnización por fallecimiento…* >, que busca afectar la póliza de Accidentes Personales Integral Estudiantil del asunto, como consecuencia del lamentable fallecimiento ocurrido el 31 de mayo de 2025 del menor Heiner Iván Gil Lucitante; le informamos que hemos recibido su documentación como respuesta a nuestro comunicado PIE-5109-2025 emitido por la compañía el 05 de septiembre de 2025, donde manifiesta que el 50% de la indemnización que le corresponde sea girado a la cuenta bancaria de la señora LEYDI LUCITANTE PAYAGUAJE, sin embargo el poder otorgado presenta inconsistencias por lo cual es necesario:

- Aportar corrección del poder especial en original suscrito ante Notaria Publica y **dirigido a Seguros de Vida del Estado S.A.** por parte del señor BYRON BOLIVAR GIL GARCIA en donde le otorgue las facultades especiales a la señora LEYDI LUCITANTE PAYAGUAJE de presentar reclamación por el amparo de muerte y auxilio funerario por cualquier causa, recibir y que los dineros producto de la reclamación con cargo a la Póliza 1000005041, sean transferidos a su cuenta bancaria o las facultades que considere pertinentes, toda vez que el documento aportado no viene dirigido a **Seguros de Vida del Estado S.A.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PIE-6008-2025
Una vez allegue lo solicitado, se podrá continuar con el proceso indemnizatorio.

La anterior solicitud al reclamante se sustenta en la carga de la prueba que le asiste y que se encuentra regulada en el artículo 1077 del Código de Comercio en el cual se refiere que "<<Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del Siniestro, así como la cuantía de la perdida, si fuere el caso>>"

Reiteramos nuestro compromiso de servicio, ante cualquier inquietud o envío de documentación, podrá remitirla al correo atencionsolicitudesvida@sis.co con copia opcional a requerimientosjudicialesycartera@sis.co o dirigirla a la dependencia SIS Vida S.A.S ubicada en la Carrera 23 166-36 de la ciudad de Bogotá D.C., citando el número del siniestro y el número de la presente comunicación o comunicarse al PBX: 6767400 en la ciudad de Bogotá D.C.

Cordialmente,

Natalia Rodríguez Jaramillo
Analista Operativo

Copia: Carolina España Campiño - Juan Manuel Salas Vargas - Seguros de Vida del Estado, Sucursal Pasto.
Copia: Juan.Salas@segurosdelestado.com;Carolina.Espana@segurosdelestado.com

Elaboró: natrodriguez

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# ACTA DE REUNIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| **DEPARTAMENTO** | PUTUMAYO | **MUNICIPIO** | SAN MIGUEL |
| **FECHA** | 14/11/2025 | **HORA** | 4:00 PM |
| **TEMA** | Caso de activación de póliza de seguro por fallecimiento | | |
| **OBJETIVO** | Recopilar información sobre acciones desarrolladas en el caso de activación de póliza de seguro por fallecimiento | | |

**Agenda:**

1. Seguimiento de acciones

**Desarrollo de la agenda:**

1. Teniendo en cuenta el fallecimiento de Heiner Iván Gil Lucitante, de un (1) año de edad, ocurrido en el mes de mayo del presente año, perteneciente a la UCA Cofancitos del futuro ubicada en el resguardo Yarinal, se describen a continuación las acciones de seguimiento efectuadas:

   **Primero.** Atendiendo el correo recibido el día 06 de noviembre del presente año por parte de SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A donde solicita lo siguiente:

   "*Aportar corrección del poder especial en original suscrito ante Notaria Publica y* ***dirigido a Seguros de Vida del Estado S.A****, por parte del señor BYRON BOLIVAR GIL GARCIA en donde le otorgue las facultades especiales a la señora LEYDI LUCITANTE PAYAGUAJE de presentar reclamación por el amparo de muerte y auxilio funerario por cualquier causa, recibir y que los dineros producto de la reclamación con cargo a la Póliza 1000005041, sean trasferidos a su cuenta bancaria o as facultades que considere pertinentes, toda vez que el documento aportado no viene dirigido a* ***Seguros de Vida del Estado S.A****.*

   *PIE-6008-2025*
   *Una vez allegue lo solicitado, se podrá continuar con el proceso indemnizatorio*".

   **Segundo.** Considerando los tiempos del señor BAYRON GIL, se realiza la gestión el día 14 de noviembre de 2025, para autenticación en notaria del poder corregido, ajustándolo a la solicitud de la aseguradora.

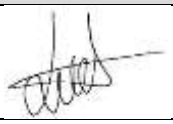
   **Tercero.** A partir del día 14 de noviembre no se ha recibido información por parte de la aseguradora, y considerando que para el pago del 50% de la señora LEYDI LUCITANTE, se tardo un promedio de un (1) para el desembolso, se continúan atendiendo los tiempos de respuesta establecidos, y en caso de no obtener información, se enviará correo nuevamente para solicitar agilidad en el trámite.

Anexos:
- PIE-6008-2025
- Poder Notariado

**Compromisos:**

El equipo de la Fundación Alma de Vida manifiesta su compromiso de continuar brindando acompañamiento permanente a la familia en el proceso de activación total de la póliza de seguro. Para ello, se realizará un seguimiento constante a los tiempos establecidos por la entidad aseguradora, con el fin de garantizar el cumplimiento oportuno de los procedimientos administrativos.

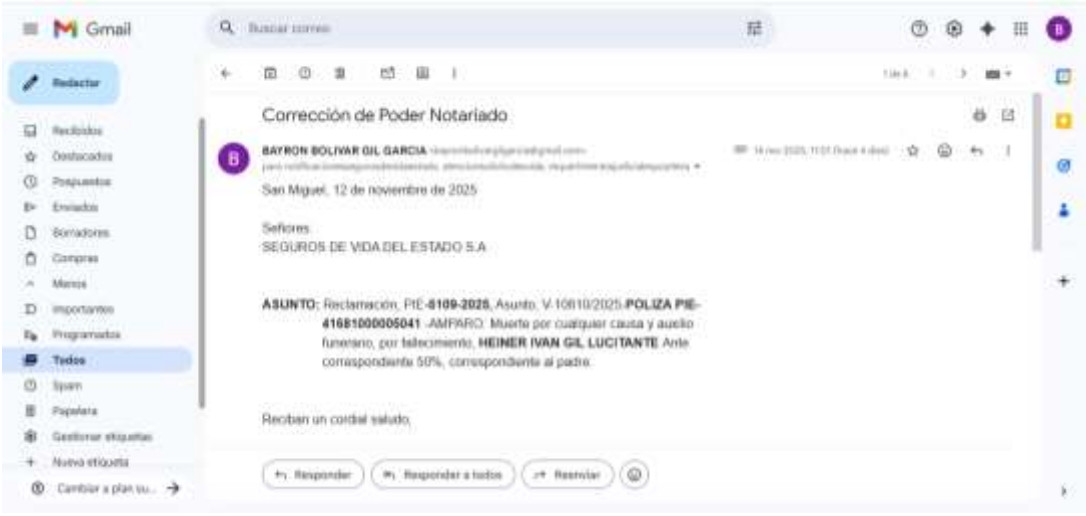
Asimismo, el equipo se compromete a mantener comunicación directa y periódica con las partes involucradas, tanto con la aseguradora como con los representantes legales de la familia, a fin de gestionar oportunamente cualquier requerimiento adicional y, en caso de presentarse demoras en la respuesta, intervenir activamente para agilizar el trámite y asegurar que los derechos de la familia sean debidamente atendidos.

| PERSONAL ENCARGADO DE LA REUNION | | |
|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **CARGO** | **FIRMA** |
| YENIFER ALEXANDRA OSSA RODRIGUEZ | COORDINADORA LOCAL |  |

*Anexos: Registro fotográfico*

# REGISTRO FOTOGRAFICO

***Anexe 2 evidencias donde se pueda realizar la verificación de la reunión realizada.***

| ***Evidencia 1*** |
| --- |
|  |
| Correo enviado con poder notariado corregido |

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

PIE-6008-2025

Bogotá, D.C., 06 de noviembre de 2025

Señores
BYRON BOLIVAR GIL GARCIA
LEYDI LUCITANTE PAYAGUAJE
Resguardo Yarinal San Miguel
Teléfono: 3229153588
Correo: bayronbolivargilgarcia@gmail.com;payaguajedeisy@gmail.com
San Miguel, Putumayo

| | | |
|---|---|---|
| Asunto: | Siniestro VIDA | : V-10610/2025*1*2 |
| | Fecha de Siniestro | : 31 de mayo de 2025 |
| | Asegurado | : Heiner Iván Gil Lucitante |
| | Póliza PIE | : 41-68-1000005041 |
| | Tomador | : Fundación Alma De Vida |
| | Amparo | : Muerte por Cualquier Causa y Auxilio Funerario por Cualquier Causa |

Respetados Señores:

Se procede a atender la solicitud elevada ante esta Aseguradora el día 15 de octubre de 2025, mediante la cual requiere <…*indemnización por fallecimiento…* >, que busca afectar la póliza de Accidentes Personales Integral Estudiantil del asunto, como consecuencia del lamentable fallecimiento ocurrido el 31 de mayo de 2025 del menor Heiner Iván Gil Lucitante; le informamos que hemos recibido su documentación como respuesta a nuestro comunicado PIE-5109-2025 emitido por la compañía el 05 de septiembre de 2025, donde manifiesta que el 50% de la indemnización que le corresponde sea girado a la cuenta bancaria de la señora LEYDI LUCITANTE PAYAGUAJE, sin embargo el poder otorgado presenta inconsistencias por lo cual es necesario:

- Aportar corrección del poder especial en original suscrito ante Notaria Publica y **dirigido a Seguros de Vida del Estado S.A.** por parte del señor BYRON BOLIVAR GIL GARCIA en donde le otorgue las facultades especiales a la señora LEYDI LUCITANTE PAYAGUAJE de presentar reclamación por el amparo de muerte y auxilio funerario por cualquier causa, recibir y que los dineros producto de la reclamación con cargo a la Póliza 1000005041, sean transferidos a su cuenta bancaria o las facultades que considere pertinentes, toda vez que el documento aportado no viene dirigido a **Seguros de Vida del Estado S.A.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PIE-6008-2025
Una vez allegue lo solicitado, se podrá continuar con el proceso indemnizatorio.

La anterior solicitud al reclamante se sustenta en la carga de la prueba que le asiste y que se encuentra regulada en el artículo 1077 del Código de Comercio en el cual se refiere que "<<Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del Siniestro, así como la cuantía de la perdida, si fuere el caso>>"

Reiteramos nuestro compromiso de servicio, ante cualquier inquietud o envío de documentación, podrá remitirla al correo atencionsolicitudesvida@sis.co con copia opcional a requerimientosjudicialesycartera@sis.co o dirigirla a la dependencia SIS Vida S.A.S ubicada en la Carrera 23 166-36 de la ciudad de Bogotá D.C., citando el número del siniestro y el número de la presente comunicación o comunicarse al PBX: 6767400 en la ciudad de Bogotá D.C.

Cordialmente,

Natalia Rodríguez Jaramillo
Analista Operativo

Copia: Carolina España Campiño - Juan Manuel Salas Vargas - Seguros de Vida del Estado, Sucursal Pasto.
Copia: Juan.Salas@segurosdelestado.com;Carolina.Espana@segurosdelestado.com

Elaboró: natrodriguez

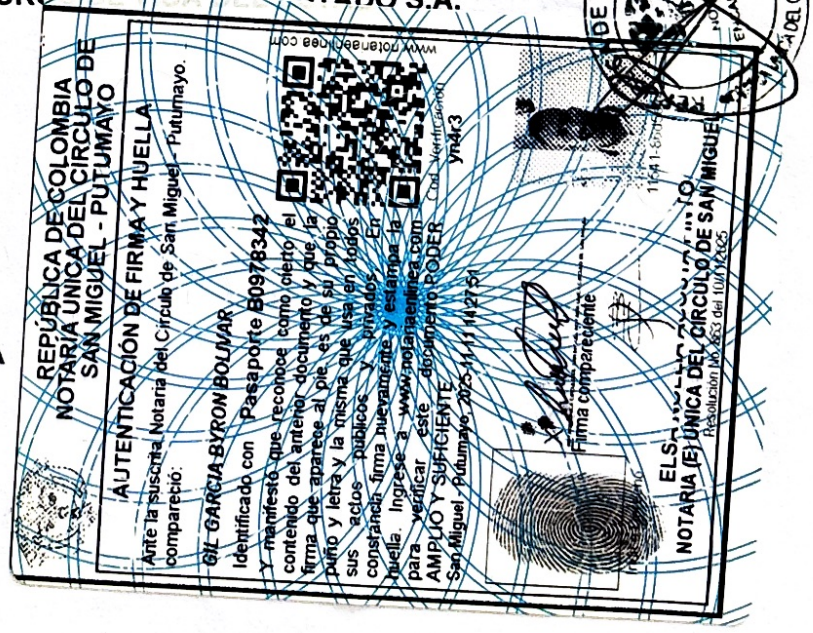
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Señores:
**SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A**
NIT-860.009. 174-4

**PODER AMPLIO Y SUFICIENTE**

Yo, **BYRON BOLIVAR GIL GARCIA** identificado con cédula de ciudadanía numero **210049599-9** de nacionalidad Ecuatoriana y pasaporte número **B0978342**, de fecha de expedición 22 de septiembre de 2025, por medio del presente escrito confiero, PODER AMPLIO Y SUFICIENTE, a la señora **LEIDY LUCITANTE PAYAGUAJE** mayor de edad identificada con cedula de ciudadanía numero **1.122.338.488** de nacionalidad Colombiana, para que a mi nombre y representación plena, le sean consignados a su cuenta bancaria de **BANAGRARIO-CUENTA DE AHORROS** numero **4-794-02-06168-9**, los recursos que a mi corresponden por el pago de 50% de indemnización de Póliza de Accidentes **PIE-41-68-1000005041**. Póliza de Accidentes Personales Integral Estudiantil, por el fallecimiento de mi hijo **HEINER IVAN GIL LUCITANTE**, Teniendo en cuenta proceso que cursa en la aseguradora **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A,** Así; **SINIESTRO:** V10610/20251.2 **FECHA DE SINIESTRO:** 31 de mayo de 2025, **ASEGURADO:** HEINER IVAN GIL LUCITANTE, **POLIZA** PIE-41681000005041, **TOMADOR:** Fundación Alma de Vida, **AMPARO:** Muerte por cualquier causa y Auxilio funerario por cualquier causa.

Mi apoderada queda facultada para ser notificada de la carta de pago de los recursos otorgados a mi nombre y para cobro de los mismos por concepto de la medida de indemnización administrativa que debe entregarme **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. NIT-860.009. 174-4**, y para aportar numero de cuenta bancaria a su nombre para que allí se realice el depósito de los recursos otorgados por concepto de reconocimiento de la medida indemnizatoria por parte de **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**




Quien otorga el poder

Firma _____

Nombre: **BYRON BOLIVAR GIL GARCIA**

Numero de cedula: **210049599-9**

Acepto:

Firma: Leidy Lucitante

Nombre: **LEIDY LUCITANTE PAYAGUAJE**

Numero de cedula: **1.122.338.448** Expedida en San Miguel Putumayo

Teléfono: **3229153588**

Correo electrónico: payaguajedeisy@gmail.com

Titular de la cuenta: **LEIDY LUCITANTE PAYAGUAJE**

Tipo de cuenta: **CUENTA DE AHORROS**

Entidad bancaria: **BANCO AGRARIO DE COLOMBIA**

Número de cuenta: **4-794-02-06168-9**

Para todos los efectos legales, el presente poder especial se firma por las partes a los 11 días del mes de noviembre de 2025.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARÍA UNICA DEL CIRCULO DE SAN MIGUEL - PUTUMAYO

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012
Ante la suscrita Notaria del Circulo de San Miguel - Putumayo.
compareció:

*LUCITANTE PAYAGUAJE LEYDI*

Identificado con C.C. 1122338488

Y manifestó que reconoce como cierto el contenido del anterior documento y que la firma que aparece al pie es de su propio puño y letra, y la misma que usa en todos sus actos públicos y privados. Autoriza el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

PODER AMPLIO Y SUFICIENTE

Firma compareciente

Cod. Verificación
yn-lwc

541-a0b6a260

ELSA NOELIA ACOSTA PINTO
NOTARIA (E) UNICA DEL CIRCULO DE SAN MIGUEL
Resolución No. 863 del 10/11/2025

www.notariaenlinea.com

# ACTA DE REUNIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| **DEPARTAMENTO** | PUTUMAYO | **MUNICIPIO** | SAN MIGUEL |
| **FECHA** | 2/12/2025 | **HORA** | 2:00 PM |
| **TEMA** | Caso de activación de póliza de seguro por fallecimiento | | |
| **OBJETIVO** | Recopilar información sobre acciones desarrolladas en el caso de activación de póliza de seguro por fallecimiento | | |

**Agenda:**

1. Seguimiento de acciones

**Desarrollo de la agenda:**

1. Teniendo en cuenta el fallecimiento de Heiner Iván Gil Lucitante, de un (1) año de edad, ocurrido en el mes de mayo del presente año, perteneciente a la UCA Cofancitos del futuro ubicada en el resguardo Yarinal, se describen a continuación las acciones de seguimiento efectuadas:

   **Primero.** Teniendo en cuenta el ultimo reporte se informaba que a partir del día 14 de noviembre no se ha recibido información por parte de la aseguradora, y considerando que para el pago del 50% de la señora LEYDI LUCITANTE, se tardó un promedio de un (1) para el desembolso, se continúan atendiendo los tiempos de respuesta establecidos, y en caso de no obtener información, se enviará correo nuevamente para solicitar agilidad en el trámite.

   **Segundo.** Considerando que el día 14 de noviembre se envió la documentación solicitada, se permite el plazo establecido en la ley para la respuesta frente al asunto, sin embargo, el día 26 de noviembre se realiza el envío de un nuevo correo desde el señor BYRON GIL teniendo en cuenta que es el titular el autorizado para solicitar la información, sin embargo, a la fecha no se recibe ningún tipo de notificación frente al caso.

   **Tercero.** Considerando la situación presentada del fallecimiento, la fundación alma de vida ha venido realizando el acompañamiento a la familia para solicitar el pago de la indemnización por póliza de seguros. Ante la situación de no obtener respuesta por parte de la aseguradora, desde el correo oficial del servicio se envía correo solicitando respuesta frene a los tiempos establecidos para el pago de la póliza. Esta solicitud se radica en el correo **atencionsolicitudesvida@sis.co** con copia a **requerimientosjudicialesycartera@sis.co**

   Anexos:
   - Pantallazos de correos enviados

**Compromisos:**

El equipo de la Fundación Alma de Vida manifiesta su compromiso de continuar brindando acompañamiento permanente a la familia en el proceso de activación total de la póliza de seguro. Para ello, se realizará un seguimiento constante a los tiempos establecidos por la entidad aseguradora, con el fin de garantizar el cumplimiento oportuno de los procedimientos administrativos.

Asimismo, el equipo se compromete a mantener comunicación directa y periódica con las partes involucradas, tanto con la aseguradora como con los representantes legales de la familia, a fin de gestionar oportunamente cualquier requerimiento adicional y, en caso de presentarse demoras en la respuesta, intervenir activamente para agilizar el trámite y asegurar que los derechos de la familia sean debidamente atendidos.

| PERSONAL ENCARGADO DE LA REUNION | | |
|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **CARGO** | **FIRMA** |
| YENIFER ALEXANDRA OSSA RODRIGUEZ | COORDINADORA LOCAL |  |

*Anexos: Registro fotográfico*

## REGISTRO FOTOGRAFICO

***Anexe 2 evidencias donde se pueda realizar la verificación de la reunión realizada.***

| ***Evidencia 1*** |
|---|
|  |
| Correo enviado el día 26 de noviembre solicitando respuesta a la aseguradora |

Solicitud de información en Reclamación PIE-5109-2025 - Asunto; V-10610/2025-POLIZA PIE - 41681000005041

**BAYRON BOLIVAR GIL GARCIA** <bayronbolivargilgarcia@gmail.com>
para atencionsolicitudesvida, requerimientosjudicialesycartera

San Miguel, 26 de noviembre de 2025

Señores:
SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A

**ASUNTO:** Reclamación, PIE-**5109-2025,** Asunto; V-10610/2025-**POLIZA PIE-41681000005041** -AMPARO: Muerte por cualquier causa y auxilio funerario, por fallecimiento, **HEINER IVAN GIL LUCITANTE** Ante correspondiente 50%, correspondiente al padre.

Reciban un cordial saludo

| ***Evidencia 2*** |
|---|
|  |
| Correo enviado el día 2 de diciembre desde el correo institucional |

Solicitud de información en Reclamación PIE-5109-2025 - Asunto; V-10610/2025-POLIZA PIE - 41681000005041

**EIC SAN MIGUEL** <eicsanmiguel@gmail.com>
para atencionsolicitudesvida, requerimientosjudicialesycartera

San Miguel, 2 de diciembre de 2025

Señores:
SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A

**ASUNTO:** Reclamación, PIE-**5109-2025,** Asunto; V-10610/2025-**POLIZA PIE-41681000005041** -AMPARO: Muerte por cualquier causa y auxilio funerario, por fallecimiento, **HEINER IVAN GIL LUCITANTE** Ante correspondiente 50%, correspondiente al padre.

Cordial saludo,

Desde la fundación alma de vida como operador de los programas de primera infancia, especificamente del servicio de educación inicial campesina, ejecutado en el municipio de San Miguel y considerando la situación presentada con la activación de póliza de seguro por el fallecimiento del niño Heiner Iván Gil Lucitante, de un (1) año de edad, ocurrido en el mes de mayo del presente año. Nos permitimos informar lo siguiente:

Desde la fecha de los hechos se iniciaron los trámites requeridos para el cobro de la indemnización del pago de la póliza a los representantes legales del menor; para el caso de la madre en el mes de agosto se realizó el desembolso, sin embargo, del padre se han realizado las diligencias pertinentes, pero a la fecha del presente correo no se ha recibido una notificación en relación al estado del caso.

# ACTA DE REUNIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| **DEPARTAMENTO** | PUTUMAYO | **MUNICIPIO** | SAN MIGUEL |
| **FECHA** | 4/12/2025 | **HORA** | 9:00 AM |
| **TEMA** | Caso de activación de póliza de seguro por fallecimiento | | |
| **OBJETIVO** | Recopilar información sobre acciones desarrolladas en el caso de activación de póliza de seguro por fallecimiento | | |

**Agenda:**

1. Seguimiento de acciones

**Desarrollo de la agenda:**

1. Teniendo en cuenta el fallecimiento de Heiner Iván Gil Lucitante, de un (1) año de edad, ocurrido en el mes de mayo del presente año, perteneciente a la UCA Cofancitos del futuro ubicada en el resguardo Yarinal, se describen a continuación las acciones de seguimiento efectuadas:

   **Primero.** Teniendo en cuenta el ultimo reporte se informaba del día 2 de diciembre donde se notificaba que, ante la situación de no obtener respuesta por parte de la aseguradora, desde el correo oficial del servicio se envía correo solicitando respuesta frene a los tiempos establecidos para el pago de la póliza.

   **Segundo.** Que el día 3 de diciembre el señor BYRON GIL recibe correo por parte la aseguradora informándole el desembolso de la indemnización de póliza de seguros.

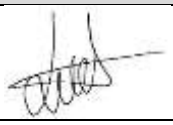
   **Tercero.** La fundación Alma de vida en compromiso con nuestras familias se comunica con la madre y el padre y realiza acompañamiento hasta la entidad bancaria para corroborar que el dinero ingreso a la cuenta, verificando un saldo de $6.850.000 M/CTE.

   Es importante mencionar que como operador se realizaron las acciones requeridas para la obtención de una respuesta favorable para nuestros participantes, y reiterando la importancia del acompañamiento en el proceso de la perdida familiar.

   Anexos:
   - Pantallazos de correo recibido
   - Notificación TR0110652

**Compromisos:**

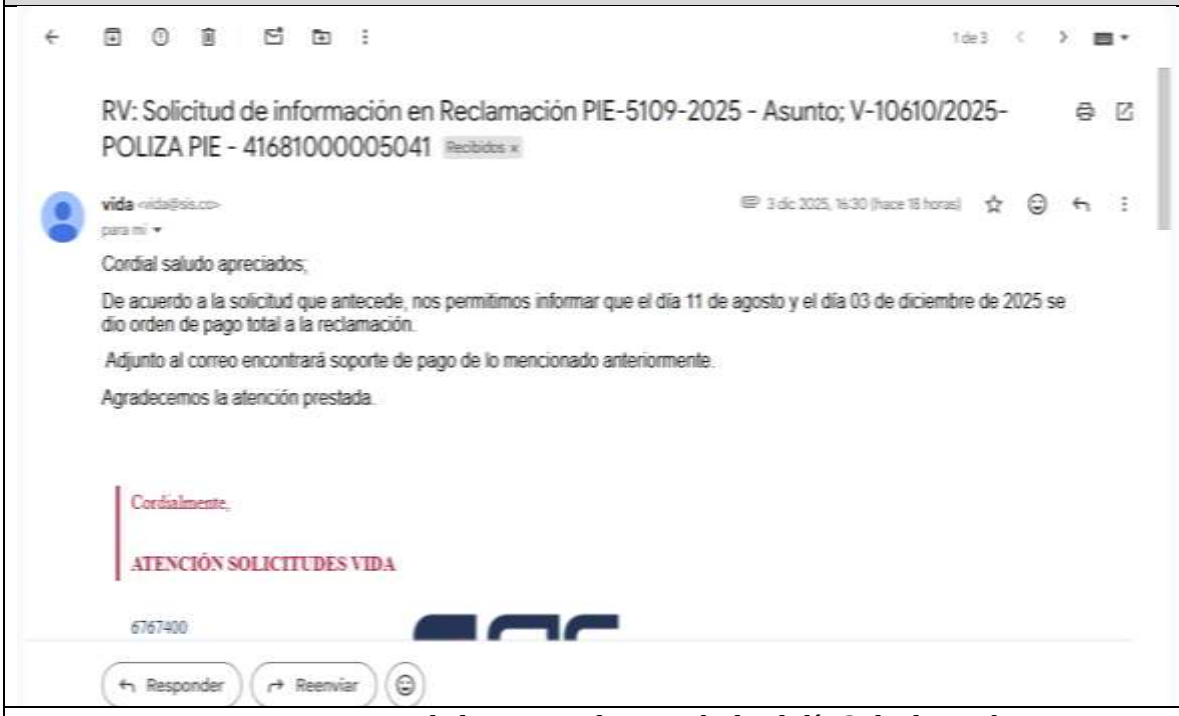
El equipo de la Fundación Alma de Vida manifiesta su compromiso de continuar brindando acompañamiento permanente a la familia en el proceso de activación total de la póliza de seguro. Para ello, se realizará un seguimiento constante a los tiempos establecidos por la entidad aseguradora, con el fin de garantizar el cumplimiento oportuno de los procedimientos administrativos.

| PERSONAL ENCARGADO DE LA REUNION | | |
|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **CARGO** | **FIRMA** |
| YENIFER ALEXANDRA OSSA RODRIGUEZ | COORDINADORA LOCAL |  |

*Anexos: Registro fotográfico*

## REGISTRO FOTOGRAFICO

***Anexe 2 evidencias donde se pueda realizar la verificación de la reunión realizada.***

| ***Evidencia 1*** |
| --- |
|  |
| Respuesta por parte de la aseguradora recibida el día 3 de diciembre. |

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

Bogotá, D.C., 3 de diciembre de 2025

20250811-NPTRV20250003988
Fecha: 11-08-2025

Señores
LUCITANTE PAYAGUAJE LEYDI
Representante Legal
ZN RESGUARDO YARINAL
Bogota, Bogotá

Asunto: Notificación de Glosas y Pago por Transferencia Electrónica APE-PIE
Comprobante de Egreso No. TR0110652
Fecha de Transferencia: 11/08/2025

Respetados Señores:

De manera atenta, nos permitimos notificar las glosas y pagos realizados por Seguros de Vida del Estado S.A., derivados de las indemnizaciones a cargo de Pólizas Integral Estudiantil, por la suma de: ($ 6.850.000) que corresponden a la cancelación de la (s) siguiente (s) facturas:

| No. Factura | Valor Bruto | Valor Neto |
|---|---|---|
| 25068420131321 | $ 4.350.000 | $ 4.350.000 |
| 250684201313212 | $ 2.500.000 | $ 2.500.000 |

Las glosas y comprobantes de pago realizados a las facturas relacionadas, fueron notificados al correo electrónico registrado por esa entidad ante la Aseguradora.
Adicionalmente y sin perjuicio a lo anterior, estas notificaciones de pago y glosa se encuentran disponibles para ser consultadas en la página web www.sis.co, con el usuario y clave asignada. En caso de no tener usuario, deberá efectuar el registro en la página www.sis.co.

Será responsabilidad de la entidad la consulta y descargue de la información, así como la utilización de la misma, que es de carácter confidencial.
Cualquier inquietud con gusto será atendida en nuestra oficina ubicada en la Carrera 23 No 166-36 Barrio Toberín en la ciudad de Bogotá, D.C., línea de atención (1) 6767400.

Se liquida según convenio.

DIRECTOR OPERATIVO

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

****6.850.000**** No. Transferencia TR: 'TR0110652' Sucursal:

LUCITANTE PAYAGUAJE LEYDI NIT/CC: 1122338488 **********

SEIS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE

03/12/2025

**SUCURSAL:** '10' **FECHA PAGO:** 11/08/2025 **COMPROBANTE DE EGRESO:** '10V0130101'

| Orden | Cuenta | Póliza | Afectado | Factura | Suc | Bruto | IVA | Retención | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20259034865 | 10610/2025*1 | 1000005041 | GIL LUCITANTE HEINER IVAN | 25068420131321 | 41 | $4,350,000 | $0 | $0 | $4,350,000 |
| 20259034867 | 10610/2025*2 | 1000005041 | GIL LUCITANTE HEINER IVAN | 250684201313212 | 41 | $2,500,000 | $0 | $0 | $2,500,000 |
| | | | | | | **$6,850,000** | **$0** | **$0** | **$6,850,000** |

**Valor total Comprobante Egreso:** **$6,850,000**

**Valor Total Transferencia:** **$6,850,000**