



ACTA APERTURA DE BUZON

MES: MAYO UDS: MIS HUELLAS MODALIDAD: FAMILIAR

FECHA: 27 05-2026 HORA: 2:45PM		Cantidades				
		P	Q	R	S	F
<u>NIDIA CATALINA PUENTES PEÑA</u>	<u>SARAY CAROLINA GARZON MARTINEZ</u>					X
OBSERVACIONES: EL BUZÓN SE ENCUENTRA SIN NINGUNA SUGERENCIA, NI OTRAS, LO CUAL ESTA VACIO.						
COMPROMISOS: QUE CADA PARTICIPANTE LE DE EL MEJOR USO AL BUZÓN, EL CUAL SE ENCUENTRA A LA DISPOSICIÓN DE CADA UNA DE LAS MISMAS.						
FIRMA AGENTE EDUCATIVO <u>Catalina Puentes P.</u>		FIRMA VEEDOR: <u>Saray Garzon</u>				

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Villavicencio – Meta

Email. asopadresporfiatres@gmail.com



ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3

Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988 NIT: 800.143.122-6

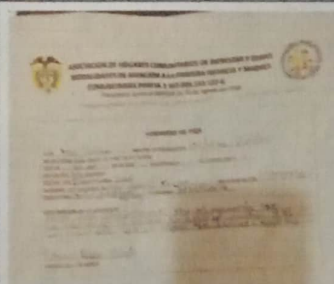
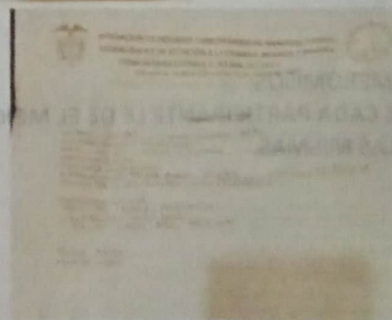
"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 5-2022



EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS APERTURA DE BUZON

FECHA: 27-05-2026

FECHA: - 27-05-2026



AGENTE EDUCATIVO: Catalina Puente Peña

UDS: Mis Huellas.

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Villavicencio – Meta

Email: asopadresporfiatres@gmail.com



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3 NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 - 2025



FORMATO DE PQR

UDS Mis Huellas MADRE COMUNITARIA Catalina Puentes

SELECCIONE CON UNA X EL TIPO DE PETICION

QUEJA ☐ RECLAMO ☐ PETICION ☐ SUGERENCIA ☐ FELICITACIONES ☒

DATOS DEL PETICIONARIO

FECHA: DIA 22 MES 05 AÑO 2026

NOMBRE DEL USUARIO: Angel gabriel Robles IDENTIFICACIÓN: 7121989680

DIRECCION: calle 33 #4493 TELEFONO: 3174792524
Azo-tea

DESCRIPCION DE LA SITUACIÓN

Ante todo agradecimiento Por el momento que
se comparte la verdad se aprende mucho y es
un momento que se libera se distrae. Gracias

Diana Robles Acosta

FIRMA DEL USUARIO



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3 NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 - 2025



FORMATO DE PQR

UIDS MIS Huellas MADRE COMUNITARIA KATA

SELECCIONE CON UNA X EL TIPO DE PETICION

QUEJA ☐ RECLAMO ☐ PETICION ☐ SUGERENCIA ☐ FELICITACIONES ☒

DATOS DEL PETICIONARIO

FECHA: DIA 27 MES 05 AÑO 2026

NOMBRE DEL USUARIO: MAIKEL Andres Fuentes IDENTIFICACIÓN: 7122544475

DIRECCION: Mz 72 Casa 12 la Salle TELEFONO: 3133388363

DESCRIPCION DE LA SITUACION

que es Buena Profesora

y nos da buen trato

es un mejor Mejar Profesora

MAYRA Ariza

FIRMA DEL USUARIO



ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A
LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3

Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988

NIT: 800.143.122-6

"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 5-2022

ACTA APERTURA DE BUZON



MES: 5/5/2026 UDS: MI STRO GARCIA MODALIDAD: FAMIS.

FECHA:	HORA:	Cantidades				
		P	Q	R	S	F
<u>5/5/2026</u>	<u>9 - 11 am</u>					
MADRE COMUNITARIA <u>Melcy Moreno</u>	VEEDOR: <u>Lidia Quintero</u>					<u>15</u>
<p>OBSERVACIONES:</p> <p><u>a dar el Buzon de sugerencias obtiene 15 felicitaciones entre ellas muy agradecidos en el RPT y tambien muy agradecidos con el programa.</u> <u>y en la prof. por. fuerz. cuenta en el programa</u></p>						
<p>COMPROMISOS:</p> <p><u>participa en actividades asignadas por la profe</u></p>						
<p>FIRMA AGENTE EDUCATIVO: <u>[Firma]</u> FIRMA VEEDOR: <u>[Firma]</u></p>						



ASOCIACIÓN DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS MODALIDADES DE ATENCIÓN A
LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3

Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988

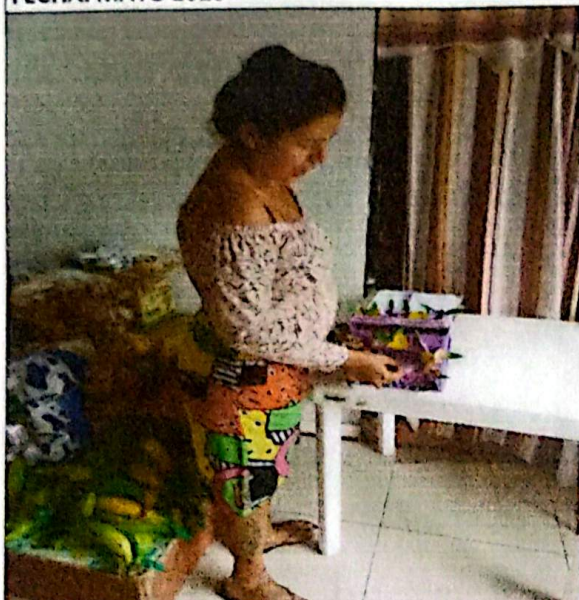
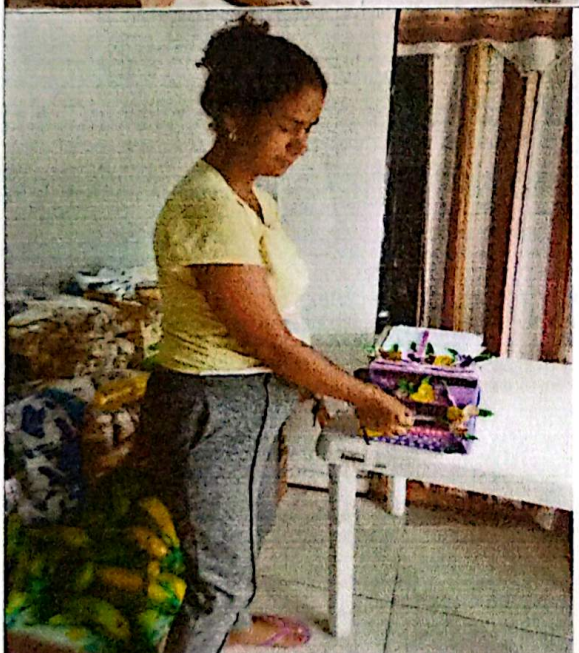
NIT: 800.143.122-6

"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" Versión 5-2022



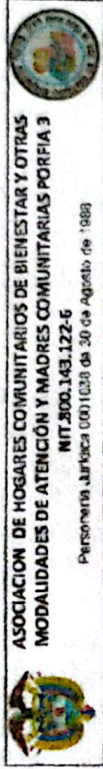
**EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS APERTURA DE
BUZON**

FECHA: MAYO 2026



AGENTE EDUCATIVO:

UDS: *Meltri Btacione*



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN Y MADRES COMUNITARIAS PORFIRIA 3
NIT.800.143.122-6
Personería Jurídica 001028 de 30 de Agosto de 1989

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRE DE LA UDS Mujeres Estancas
ACTIVIDAD: Reunión de Subgerencias
LUGAR DE REUNION El 6 de 4.4.19 y Juarez.

Mayo 5/2024

No.	NOMBRE DEL NIÑO(A) MUJER GESTANTE	NUIPIC.CIT.UPEP	NOMBRE COMPLETO DEL PADRE O ACUDIENTE	CEDULA	TELEFONO	FIRMA
1	EVER AMIR RAMOS MUÑOZ	1121990500	FLEER HILLARY CAMILA MUÑOZ ORJUELA	1023350602	3219625177	Flore M.D.
2	LOAN MANUEL SUAREZ DULCEY	1121990500	LEIDY JOHANA DULCEY JARA	1121966609	3103836065	Linda Dulcey
3	ANDRY DARECK AVILA ROVEROS	1122544548	ANGIE CAROLINA RIVEROS ESPINOSA	1006796143	3102013809	Angie Caro Lin
4	FRANK YAHIR MUÑOZ MUÑOZ	1121989632	ANGELA ESMERALDA MUÑOZ LOZANO	1006827873	3222299971	ANGELA M
5	THIAGO ALEJANDRO GARZON FLOREZ	1123825540	CAREN JULIETH FLOREZ PEÑA	1006307785	3229317165	Caren Flores
6	BRIANS SNEIDER GONZALEZ CALDERON	1123455380	YUSBLEIDY VANESA CALDERON PINZON	1121824593	3219136097	Jana Calderon
7	FLOR ROSMIRA RUIZ MONTENEGRO	1121935149	FLOR ROSMIRA RUIZ MONTENEGRO	1121835148	3236467311	Flore Rosmira Ruiz
8	CARMEN MARIA GUERRERO GUERRERO	6696117	CARMEN MARIA GUERRERO GUERRERO	8638117	3114051713	Carmen
9	ANGIE MICHEL SASTOQUE PARDO	1193583098	ANGIE MICHEL SASTOQUE PARDO	1193583098	3219625177	Angie M
10	MARIA GABRIELA URDANETA SUAREZ	26171669	MARIA GABRIELA URDANETA SUAREZ	26171669	3216102599	Maria Urdaneta
11	DANINA SOFIA ESPINOSA CABANERIO	1121990247	DERIANHY DANIELA CABANERIO GONZALEZ	27331635	3505901997	Derianhy
12	STEFANI ORIANA DE AZA GARCIA	26350165	STEFANI ORIANA DE AZA GARCIA	26350165	3203001550	Stefani D.
13	DIANA MARCELA DIAZ FINO	1122922443	DIANA MARCELA DIAZ FINO	1122922443	3202442090	Diana Diaz
14	GAEL ALEXANDER MOLINA ALVIZU	1121990080	FRANTELIS ALEJANDRA ALVIZU YAJURE	7712919	3112253278	Grandelis
15	YULIE KATHERINE DIAZ FALLA	1121935595	YULIE KATHERINE DIAZ FALLA	1121935595	3204997809	YULIETH D.

responsable de la unidad de servicio Yel cedula 404143319



ASOCIACION DE MUJERES COMUNITARIAS DE LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS POR FIA 3
NIT.800.143.122-6



Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 - 2025

ACTA APERTURA DE BUZON

MES: Mayo UDS: semillitas MODALIDAD: familiar

FECHA: <u>5-Mayo 2026</u>	HORA: <u>1.00 pm 3.00 pm</u>	Cantidades				
		P	Q	R	S	F
MADRE COMUNITARIA <u>Ana Yelmy Cruz</u>	VEEDOR: <u>Nayeli Mendoza</u>					

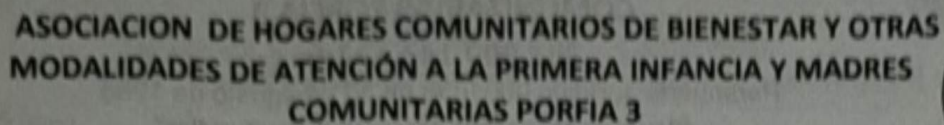
OBSERVACIONES: se les recuerda a las mamitas que la asistencia a las actividades pedagógicas son de gran importancia también tener cumplimiento con la documentación requerida asegura que está cumpliendo su deber ser como mamita gestante y lactante asegurando que su bebé siempre va a tener un buen acompañamiento familiar

COMPROMISOS: las familias participantes manifestaron comprometerse a seguir cumpliendo con sus responsabilidades como madres comunitarias cuidadoras y gestantes teniendo cumplimiento en sus citas programadas y pasando las copias cada vez que asistan a controles o alguna cita de sus bebés o de gestación a la unidad

FIRMA AGENTE EDUCATIVO Ana Yelmy Cruz FIRMA VEEDOR: Nayeli Mendoza

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Telefono: 3123641307

Email: asopadrespofiatres@gmail.com



Personeria Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 - 2025



EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS APERTURA DE BUZON

FECHA:

5 May 2026

AGENTE EDUCATIVO: Andréimy Cruz

UDS: semillitas

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Telefono: 3123641307

Email. asopadresporfiatres@gmail.com



**ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3**

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 - 2025

ACTA DE INSTALACIÓN DEL BUZÓN QUEJAS Y SUGERENCIAS

Siendo las 1.00 pm del día 5 del mes de 5 del año 2026, con la presencia del (la) Madre Comunitaria Ana Geimy Cruz y representante del comité de Vigilancia y control Nayeli Mendoza de la UDS Semillitas, hacen constar que ha quedado INSTALADO en lugar visible y accesible el "BUZON DE QUEJAS Y SUGERENCIAS", cumpliendo con los requisitos marcados en el instructivo que lo rige.

Ana Geimy Cruz

AGENTE EDUCATIVO (a)

Nayeli Mendoza

REPRESENTANTE COMITÉ VIGILANCIA Y CONTROL

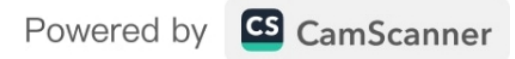
Nombre y firma de los participantes

NOMBRE BENEFICIARIO	DEL	DOCUMENTO	ACUDIENTE RESPONSABLE	Y/O	FIRMA	TELEFONO
Ailin Valeria Ortiz		1121919484	Karina Ortiz		Karina Ortiz	3137728364
Emiliano Santos		1121489523	Valentina Beltran		Valentina Beltran	3229400227
DAYANA PERSOMO		1115946435	DAYANA PERSOMO		DAYANA PERSOMO	3189145234
Karen Osorio		1049667766	Karen Osorio		Karen Osorio	313893067
Nayeli Mendoza		1193110128	Nayeli Mendoza		Nayeli Mendoza	314284229
Valueth Gaviria		1121965270	Valueth Gaviria			31086917
Wendy		1122519777	Wendy		Wendy	3133371930
Alexa Parra		1.121989939	Diana Parra		Diana Parra	313878157
Astin GARCIA		112980743	Charen B		Charen B	314619812
Andres Diaz		1122945272	Jennifer Brítez			322878160
Luisa Fernanda		7-090.460.782	Luisa Fernanda		Luisa Fernanda	3079067199
LIAM HERNANDEZ		1007115375	LAURA LEON		LAURA LEON	3142717541
MARCOS EMMAUEL BARRIO MALDONADO		1121990598	Adriana Lizeth		Adriana L.	322875534
Angie Marrugo		1004433464	Angie Marrugo		Angie Marrugo	304750594

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Telefono: 3123641307

Email: asociacion@asociacion.com











**ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3**

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"



VERSION 6 – 2025

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS APERTURA DE BUZON

MAYO 2026

FECHA: 27 MAYO 2026



AGENTE EDUCATIVO: LUZ ADRIANA ARENAS QUINTERO

UDS: TRAVESURAS



**ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3**

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 – 2025



	PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS FORMATO ACCIONES DE MEJORA	F2.G7.ABS	24/11/2021
		Versión 3	Página 1 de 4

REGIONAL: META

CENTRO ZONAL: UNO

OPERADOR: ASOCIACION PORFIA 3

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: MARIA CRISTINA PEREZ CRUZ

FECHA: 20 mayo /2026

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES (Actividades a realizar)	FECHA – dd/mm/aaaa (fecha programada de terminación)	EVIDENCIA (soporte del cumplimiento de la acción definida)	VERIFICACIÓN (cumple - no cumple; la actividad programada de acuerdo con la fecha y evidencia definida).
NO SE ENCUENTRA LA AMBIENTACION DEL ENCUENTRO DEL DIA 20 MAYO SEL 2026	SE REALIZO LA AMBIENTACION AL DIA SIGUIENTECON EL RESPECTIVO GRUPO ALGO DIDACTICO ACORDE ALA PLANEACION SE TRABAJO POR MEDIO DE LAS TEMAS PRIMERO QUE TODO SOCIALIZO TODO EL TEMA Y QUE NOS CON LLEVA LA AFROCOLOMBIANIDA D	21/05/2026		SI

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
FORMATO ACCIONES DE MEJORA

F2.G7.ABS

24/11/2021

Versión 3

Página 2 de 4

NO SE ENCUENTRA AMBIENTACION EN LA UDS}	SE REALIZA LAS DEBIDAS CARTELES INFORMATIVOS QUE FALTABAN EN LA UDSE REALIZOS	22/MAYO 2026	 	
NO SE ENCONTRO POLIZAS DE LOS BENEFICIARIOS	SE REALIZO LA IMPRESIÓN DE LAS POLIZAS DE LOS BENEFICIARIOS SE ENCONTRARON CASI TODOS SOLO FALTARON COMO 6 PERO SE VOLVIO A DILIGENCIAR EL FORMATO ENVIAR LOS DATOS PORQUE NO SE ENCONTRARON	22 MAYO 2026	 	

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

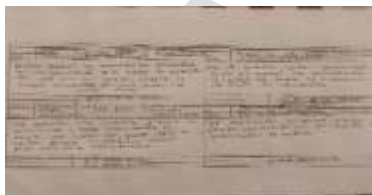
FORMATO ACCIONES DE MEJORA

F2.G7.ABS

24/11/2021

Versión 3

Página 3 de 4

NO SE ENCUENTRA EL REGISTRO DE NOVEDADES	SE REALIZO EL FORMATO DE NOVEDADES	24 MAYO 2026 MAYO		
NO SE ENCUENTRA EL REGISTRO DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS ACTUALIZADO	SE REALIZO LA ACTUALIZACION DE LOS REGISTROS ANTROPOMETRICOS Y SE ENVIA LA EVIDENCIA CORRESPONDIENTE	24 MAYO 2026		
EN LAS CARPETAS NO SE EVIDENCIA LOS DOCUMENTOS DE IDENTIDAD DE LOS BENFICIARIOS	SE REALIZA LA DEBIDA DOCUMENTACION DE LOS PARTICIPANTES EN LAS CARPETAS POR TAL MOTIVO SE ESCANEAN LOS DOCUMENTOS	24 MAYO 2026		Se realiza el escaneo carpetas que se envia evidencia
NO SE EVIDENCIA EN VARIAS CARPETAS SEGURIDAD SOCIAL	SE REALIZA LA DEBIDA RECOLECCION DE LOS DOCUMENTOS SE ESCANEAN	27 /05/2026		Se realiza el escaneo de las caqrpetas y se sube la evidencia

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

FORMATO ACCIONES DE MEJORA

F2.G7.ABS

24/11/2021

Versión 3

Página 4 de 4

NO SE EVIDENCIA VALORACION INTEGRAL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	SE REALIZA LA DEBIDA RECOLECCION DE LOS DOCUMENTOS SE ESCANEAN Y SE SUBEN	27/05/2026	Se escanea las carpetas y se anexa la evidencias	
NO SE EVIDENCIA LOS ESQUEMAS DE VACUNACION PARTICIPANTES	SE REALIZA LA DEBIDA RECOLECCION DE LOS DOCUMENTOS PARA ESCANEAR	27/05/2026	Se escanea las carpetas y se anexa las evidencias	
NO SE EVIDENCIA PACTO DE CONVIVENCIA EN UDS	SE REALIZA EL PACTO DE CONVIVENCIA SE EXPONE EN LA UDS AVENTURAS ENPAÑALES	27/05/2026		

Jos stella Ballen

Firma 40219608

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

<div><div>BIENESTAR FAMILIAR</div></div>				PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE MUJERES Y PERSONAS EN GESTACIÓN								F7.MT1.PP				16/05/2025			
												Versión 1				Página 1 de 2			
												Clasificación de la Información: Pública							
REGIONAL:				META				CENTRO ZONAL:				VILLAVICENCIO UNO							
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:				ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3				NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN/UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:											
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):				FAMILIAR															
SERVICIO:				HCB FAMI - BIENVENIR															
No. DE ORDEN	Tipo de Documento	No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRES	APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	FECHA DE INGRESO AL SERVICIO O MODALIDAD (dd/mm/aaaa)	TOMA N° __1__						TOMA N° __2__						
							FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Edad gestacional (semanas)	¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?*(A/B/C/D/E)	¿Recibió asesoría y apoyo en lactancia humana en la institución de salud?	FECHA DE LA TOMA (dd/mm/aaaa)	PESO (kg)	TALLA (cm)	Edad gestacional (semanas)	¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?*(A/B/C/D/E)	¿Recibió asesoría y apoyo en lactancia humana en la institución de salud?	
		40139912	ANA YOLIMA	GUTUERREZ MONTAÑEZ	12/02/1982	2/02/2026	4/02/2026	66	158	30 S			4/03/2026	68	158	34 S			
		1234789788	ANGIE TATIANA	DIAZ BELTRAN	2/04/1998	2/02/2026	5/02/2026	77	160	30 S			4/03/2026	80	160	34 S			
		1.121.846.470	LAUREN XIMENA	POVEDA DONCEL	14/11/2026	2/02/2026	4/02/2026	62	158	32 S			5/03/2026	65	158	36 S			
		1015413494	YENI PAOLA	DONCEL SANCHEZ	28/05/1989	1/04/2026	4/04/2026	81	173	27 S			5/03/2026	83	173	32S			
		1121945466	ANGUIE SHIRLEY	GARCIA CASTAÑEDA	14/02/1997	2/02/2026	6/02/2026	75	164	27 S			4/03/2026	77	164	32 SE			
		1013109938	KAROL ANDREA	LOPEZ MENDEZ	18/05/1996	1/04/2026	1/04/2026	46	160	27 S									
		1978268	LUCIANA DELIMAR	FERNANDEZ PEREIRA	21/03/1994	2/02/2026	4/02/2026	75	165	27 S			5/03/2026	77	165	32S			
		1120867801	ANA MABEL	ANA MABEL CASTRILLON	10/07/1990	2/02/2026	6/02/2026	78	146	36 S			4/03/2026	80	146	40 S			
		1121395161	SHELLI MAIBETH	LOPEZ MOLANO	12/12/2026	4/04/2026	1/04/2026	82	173	27 S									
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los seguimientos según la periodicidad establecida.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LA PREGUNTA CON ASTERISCO (*). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:

*¿Cómo ha pensado alimentar a su bebé después del parto?: **A**-Leche humana; **B**-Solo alimentos naturales distintos a la leche humana; **C**-Solo fórmula comercial infantil (leche en polvo, o en otro forma de presentación); **D**-Productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); **E**-Aún no lo decide o no lo tiene claro

Nombre(s) y apellidos de responsable de la medición

YULY YESENIA GODOY MUÑOZ

Celular

3245106598

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO: CAPTURA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

F6.MT1.PP
Versión 1
Clasificación de la Información:
Pública
VILLAVICENCIO UNO
AVENTURAS ENPAÑALES

16/05/2025
Página 1 de 2

REGIONAL:
NOMBRE DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO O DEL PRESTADOR DIRECTO DE ATENCIÓN:
MODALIDAD (Institucional; Familiar y Comunitaria; Propia e Intercultural):
SERVICIO:
GRUPO DE ATENCIÓN / UNIDAD DE ATENCIÓN:

META
ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3

CENTRO ZONAL:
NOMBRE DE LA UNIDAD DE SERVICIO / UNIDAD DE ATENCIÓN / UNIDAD COMUNITARIA DE ATENCIÓN:
FAMILIAR
HCB FAMI - BIENVENIR
NIÑOS NIÑAS DE 0 A 12 MESES

Notas:

Para la impresión de este formato tener en cuenta generar las copias necesarias para registrar los seguimientos trimestrales, y las que se requieran para el registro de los seguimientos nutricionales de niñas y niños en riesgo de desnutrición o en desnutrición aguda moderada o severa, según la periodicidad establecida en las Guías Operativas de los servicios.

OPCIONES DE RESPUESTAS PARA LAS PREGUNTAS CON ASTERISCOS (*, **, ***). VER INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMATO:

*¿Si la niña o el niño es menor de 6 meses, qué alimentos o bebidas recibió en las últimas 24 horas? A-Sólo Leche humana; B-Fórmula Comercial Infantil (leche en polvo, o en otra forma de presentación); C-Leche humana y fórmula comercial infantil; D-Leche animal (vaca, chivo, búfalo, oveja, cabra, etc.); E-Otra bebidas (agua de coco, agua de arroz, aromáticas, caldos, sopas, chicha, guarapo, agua de canela etc.); F-Leche humana y productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); G-Leche humana y otras bebidas (incluido agua); H-Fórmula comercial infantil, leche animal, otras bebidas (incluido agua), y/o productos comestibles ultra-procesados (compotas comerciales, cereales empacados para coladas, productos lácteos cuchareables, etc.); I-Alimentación complementaria o alimentación familiar; J-Formula comercial infantil y alimentación familiar; K- Leche humana, fórmula comercial infantil y alimentación familiar; L-Leche humana y alimentación familiar; M-Sin información; NA: No aplica

**Cuando empezó a brindar alimentos diferentes a la leche humana ¿Qué textura o forma tenían esos alimentos?: A-Solo se brinda leche humana; B-Líquida (caldos, jugos, sopas poco espesas) o Cremas (sopas licuadas, coladas, etc.); C-Blanda (puré, papillas); D-Semisólidos (grumos) y/o Sólidos (trozos).

***¿Qué utensilios se utilizan para brindar la alimentación a la niña o al niño?: A-Biberón o "tetero"; B-Vaso y/o Taza y cuchara; C-Plato; D-Otro.

Nombre(s) y apellidos del responsable de la medición

LUZ STELLA BALLEN

Celular

3154234046

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Elaborado por: Promoción y Prevención de la Salud - Unidad de Control de Calidad

Los datos proporcionados serán tratados de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales del CIB y a la Ley 1805 de 2012



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 - 2025



LISTA DE CHEQUEO

DATOS DE LA UDS			
Nombre UDS	Mentor en español		Código Cuéntame
Contrato	50002532054		50001004630
DATOS DEL BENEFICIARIO			
Nombre completo	ANGIE BARRERA DIAZ BELTRAN		Documento No.
			1234 789 788
DOCUMENTO		CHEQUEO	
		SI	NO
1	Fotografía del beneficiario		
2	Fotocopia del documento de identidad del beneficiario (legible, sin tachones, ni enmendaduras)	X	
3	Criterio de Focalización	X	
4	Afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente	X	
5	Fotocopia de valoración integral en salud: control de crecimiento y desarrollo	X	
6	Copia del carné de vacunación actualizada según la edad	X	
7	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (Solo aplica para mujeres gestantes)	X	
8	Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)		
9	Fotocopia de recibo servicio público	X	
10	Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable.	X	
11	Certificado de pertenencia a comunidad indígena, afrodescendientes, raizales, palanqueros (Cuando aplique)		
12	Certificado de asistencia a consulta de salud oral		
13	Certificado de examen de agudeza visual (Aplica para niñas y niños al cumplir los 4 años según se establezca en la normatividad vigente)	X	
14	Certificado de tamizaje auditivo		
15	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores para el desarrollo integral de los usuarios del servicio	X	
16	Acta consentimiento informado registro fotográfico y filme de actividades pedagógicas	X	
17	Póliza de Seguro		X
18	Historial: EVCD-R, informes seguimiento al desarrollo, remisiones, historia clínica, observador etc.		
Fecha de recepción de documentos			

La stella B

Firma Responsable de la UDS

Angie Diaz

Firma acudiente del beneficiario

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Cel. 3123641307

Email: asopadresporfiatres@gmail.com



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

'Construyendo con amor un futuro mejor'

VERSION 6 - 2025

SEGUIMIENTO A COMPROMISOS



DATOS DE LA UDS				
Nombre UDS	Aventura en porfiria		Código Cuéntame	5001001934
Modalidad	HCB fams		Contrato de aportes	
DATOS DEL BENEFICIARIO				
Nombres y apellidos del beneficiario	Angie Diaz Bullen		Número de documento	1.239.789.781
Fecha de firma de compromiso				
SENSIBILIZACION				
<p>Como padre, madre o cuidador, la responsabilidad es garantizar el cumplimiento de los derechos de las niñas y los niños, es por ello que desde la constitución política de Colombia en el N° 44 "Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos", adicional a ello, en el ejercicio de la implementación de la política de Cero A siempre, normada por la ley 1804 del 2016, referencia "Las acciones estratégicas lideradas por el Gobierno, que en corresponsabilidad con las familias y la sociedad, aseguran la protección integral y la garantía del goce efectivo de los derechos de la mujer en estado de embarazo y de los niños y niñas desde los cero (0) hasta los seis (6) años de edad." es por eso, que como unidad de servicio garantes de derechos, velamos y hacemos acompañamiento a las familias, con el fin que los niños puedan acceder a las atenciones que le ofrece el estado Colombiano, para que tenga un desarrollo integral y desarrolle sus potencialidades.</p>				
COMPROMISO				
Yo _____				
identificado(a) con _____ Número _____ expedido en _____				
en calidad de usuario(a) _____ acudiente _____				
ME COMPROMETO				
A entregar en la UDS los documentos pendientes mencionados a continuación:				
Documento pendiente		Fecha de cumplimiento		
FIRMAS				
_____ Firma Responsable de la UDS		_____ Firma acudiente del beneficiario		

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Cel. 3123641307

Email: asopadresporfiatres@gmail.com



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 - 2025



ACTA DE COMPROMISOS

DATOS DE LA UDS	
Nombre UDS	Aventura en pañuelo
Código Cuéntame	
Contrato	200010001196
Contrato	50002137024
DATOS DEL BENEFICIARIO	
Nombre Completo	Angie Beltran
Documento No.	123478978V

De acuerdo a lo estipulado en la Ley 1804 de 2016 "Por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones" la familia es **CORRESPONSABLE** para asegurar la protección integral y la garantía del goce efectivo de los derechos de la mujer en estado de embarazo y de los niños y niñas desde los ceros (0) hasta los seis (6) años de edad.

Por tal motivo, yo, _____
identificado(a) con _____ Número _____ de _____
en calidad de usuario(a) _____ acudiente _____

ME COMPROMETO A:

1. Entregar la documentación requerida por la UDS para la formalización del cupo
2. Acoger las normas del pacto de convivencia, establecido/construido y aprobado participativamente, para el funcionamiento armónico de la UDS
3. Entregar los soportes necesarios que demuestren la garantía de los derechos de los niños y las niñas (carné de vacunas actualizado, carne de seguimiento al crecimiento y desarrollo, otros que se consideren pertinentes), para gestantes control Prenatal y Vacunas.
4. Solicitar periódicamente cita de control de crecimiento y desarrollo y al programa de vacunación de acuerdo con la edad de la niña/niño y presentar el soporte en fotocopia a la UDS.
5. Respetar y dar buen trato al personal de la UDS
6. Manifestar por medio del buzón PQRFS de la UDS cuando se presenten situaciones en las que considere que el beneficiario o yo no estoy siendo respetado, o no me brindan buen trato.
7. Cuidar los recursos que la UDS pone a mi disposición y del beneficiario
8. Garantizar el bienestar físico y psicológico del beneficiario
9. Dar cumplimiento al horario de atención (2 Horas) con PUNTUALIDAD tanto al ingreso como a la salida
10. Presentar la excusa en caso de inasistencia (con 2 ausencias injustificadas se perderá el cupo en la UDS).
11. Recibir y facilitar al personal de la UDS la visita domiciliaria en caso que se requiera
12. Actualizar inmediatamente a la UDS los cambios de dirección de residencia del beneficiario y teléfonos de contacto.

En constancia firmo a los 01 días del mes de MARZO del 20 126

[Firma]

Firma Responsable de la UDS

[Firma]

Firma acudiente del beneficiario

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Cel. 3123641307

Email: asopadresporfiatres@gmail.com

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

Autorización - Uso de la imagen de menor de edad:

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

Autorización	Fotos		Audios		Videos		Otros datos personales	
--------------	-------	--	--------	--	--------	--	------------------------	--

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Ange Diaz Beltran, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.239 784 781, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos		Audios		Videos		Otros datos personales	
--------------	-------	--	--------	--	--------	--	------------------------	--

La autorización comprende:

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

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

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

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

Suscriben:

Firma: Ange Diaz
 Nombre: Ange Diaz
 Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
 Teléfono de contacto: _____
 Fecha: 01/03/2022
 Municipio: Univention

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.234.789.788

DIAZ BELTRAN

APELLIDOS

ANGIE TATIANA

NOMBRES

Angie Diaz
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-ABR-1998

VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 0+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-ABR-2016 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
MEDIAN PENASOS OPALDO



P-5200150-01420640-F-1234789788-20240214 0138646401G 1 0926220530

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA



Nombres y apellidos / Full name

ANGIE TATIANA DIAZ BELTRAN

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 2 3 4 7 8 9 7 8 8

Fecha de nacimiento / Date of birth

02/04/1998

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

NO REGISTRA

Código electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Date of vaccination			Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
		Day	Month	Year				
TD Adulto	Primera	2	1	2020		2338X004AE	VILLAVICENCIO CLINSANTAS EPS	ZALLY CAROLINA RIVERA ESPINOSA
COVID PFIZER	Primera	14	8	2021	PFIZER	FG3526	CENTRO DE SALUD ESPERANZA	LEIDI MILENA FUENTES VIGOTTA
COVID PFIZER	Segunda	9	2	2022	PFIZER	FH024	CENTRO DE SALUD ESPERANZA	DIANA MARCELA SEGURA CHAVEZ
TD Adulto	Segunda	5	1	2020	Serum	2334L010B	EPS SANTAS CENTRO MÉDICO VILLAVICENCIO	ANDREA PAOLA BARBOSA CASAS - CC1122547920 - Active
Tosferina	Unica	7-02-26			Sawatch	3016002	Santas	Andree B
Influenza	Unica	24-04-26			Green Cross	V5052600A	Sanitas	Yudy Barmanu
Smectal	Unica	24-04-26			Pfizer	NC6343	Sanitas	Yudy Barmanu
05 Julio 2026								

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAWEEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El cardé podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAWEEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización).

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.
HISTORIA CLÍNICA

Página 2/0

HC DE CONSULTA EXTERNA

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **ANGIE TATIANA DIAZ BELTRAN**

Edad **28 Años / 1 Meses / 11 Días** Sexo **Femenino**

Fecha Nacimiento **02/04/1998**

Procedencia **VILLAVICENCIO**

Dirección **Km 14 Via Acacias Vareda Las Mercedes**

Ingreso **721499**

DOCUMENTO

1234789788

Estado Civil

Soltero

Teléfono

3247300328 3243472190

Fecha Ingreso

15/05/2026 7:13:48 a. m.

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.**

Regimen **Contributivo**

Estrato **BENEFICIARIO - A**

Nombre Acudiente

Teléfono

Parentesco

Nombre

Teléfono

Acompañante

FOLIO N° 1

Fecha/Hora Inicio Folio

15/05/2026 8:00:20 a. m.

Fecha/Hora Grabación

15/05/2026 8:10:10 a. m.

Fecha/Hora Confirmación

15/05/2026 8:10:10 a. m.

Recomendaciones:

CONSULTAR POR LA RED DE URGENCIAS SI PRESENTA SANGRADO VAGINAL ACOMPAÑADO DE CÓLICOS FUERTES. SIENTE QUE LOS MOVIMIENTOS DE SU BEBÉ DISMINUYEN EN FRECUENCIA O INTENSIDAD / NO PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES PRESENTA DOLOR DE CABEZA, VE "CUCUYOS" O LUCES BRILLANTES, SIENTE "PITOS" O "ZUMBIDO" EN LOS OÍDOS O PRESENTA DOLOR EN LA "BOCA DEL ESTÓMAGO" QUE NO MEJORA CON LAS COMIDAS. AMAÑECE CON LA CARA, LAS MANOS Y/O LOS PIES "HINCHADOS". SIENTE ARDOR AL ORINAR, NOTA QUE LA ORINA SE VE O HUELE DIFERENTE. PRESENTA FLUJO VAGINAL QUE PIQUE O HUELA A FEO. DOLOR ABDOMINAL INTENSO CÍCLICO APROXIMADAMENTE CADA 3-5 MINUTOS DE FORMA REGULAR RECOMENDACIONES GENERALES: TOMAR 8 A 8 VASOS DE AGUA REPARTIDOS EN EL DÍA. DISTRIBUIR SUS ALIMENTOS EN CINCO (5) COMIDAS DIARIAS ASÍ: DESAYUNO, MEDIA-MAÑANA, ALMUERZO, ALGO (O MEDIA TARDE) Y COMIDA. HIDRATAR LA PIEL CON CREMA HUMECTANTE AL MENOS UNA VEZ AL DÍA. CONSUMA ALIMENTOS RICOS EN FIBRA, FRUTAS Y VERDURAS COMO NARANJA, PAPAYA, PITAYA, GRANADILLA, MELÓN, SANDÍA, UVAS PASAS, MANGO, ESPINACAS. RECUERDE LAVAR MUY BIEN FRUTAS Y VERDURAS ANTES DE CONSUMIRLAS. NO FUME NI CONSUMA BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE EL EMBARAZO. EVITE QUE OTRAS PERSONAS FUMEN CERCA A USTED. TOME SOLO LOS MEDICAMENTOS ORDENADOS POR SU MÉDICO. REALICE LA ACTIVIDAD FÍSICA RECOMENDADA POR SU MÉDICO. SOLICITE EN SU IPS LA APLICACIÓN DE LAS VACUNAS NECESARIAS DURANTE EL EMBARAZO. SOLICITE A LA ENFERMERA QUE ACTUALICE SU CARNÉ DE VACUNACIÓN CUANDO LE SEA APLICADA UNA VACUNA. ASISTA A LAS CITAS PROGRAMADAS PARA EL SEGUIMIENTO DE SU EMBARAZO. EN CASO DE NO PODER ASISTIR, SOLICITE EN SU IPS LA REASIGNACIÓN DE SU CITA. SOLICITE LA IMPRESIÓN Y ENTREGA DE LOS RESULTADOS DE LOS EXÁMENES Y ECOGRAFÍAS ORDENADOS DURANTE SU EMBARAZO. RECUERDE PRESENTAR SU CARNE DE CONTROL PRENATAL Y RESULTADOS DE EXÁMENES EN CADA CONSULTA QUE REALICE DURANTE EL EMBARAZO INCLUYENDO LAS ATENCIONES POR LA RED DE URGENCIAS. RECUERDE: A PARTIR DE LOS CINCO (5) MESES DE EMBARAZO USTED EMPIEZA A SENTIR LOS MOVIMIENTOS DE SU BEBÉ LOS CUALES SE PRESENTAN GENERALMENTE DESPUÉS DE QUE USTED HA CONSUMIDO SUS ALIMENTOS. ES NECESARIO QUE USTED IDENTIFIQUE ESTOS MOVIMIENTOS Y LA FRECUENCIA CON QUE SE PRESENTAN DURANTE EL DÍA. CONSULTE SI HAY DISMINUCIÓN O AUSENCIA DE ESTOS MOVIMIENTOS. NO DUDE EN CONSULTAR CON SU MÉDICO CUALQUIER INQUIETUD SOBRE SU EMBARAZO. RECUERDE QUE, PARA PRESTARLE UNA ADECUADA ATENCIÓN DURANTE SU EMBARAZO, SIEMPRE QUE ASISTA A CONTROL PRENATAL EN SU IPS O REQUIERA ATENCIÓN EN CUALQUIER INSTITUCIÓN O CLÍNICA, DEBE PRESENTAR SU CARNE DE CONTROL PRENATAL Y LOS RESULTADOS DE ECOGRAFÍAS Y DE EXÁMENES

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CEI - 10

CODIGO

NOMBRE

OBSERVACIONES

PRINCIPAL

TIPO

Q366

ATENCION MATERNA POR CRECIMIENTO FETAL EXCESIVO



Presuntivo

EXAMENES SOLICITADOS

NOMBRE

OBSERVACIONES

ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

NOMBRE

OBSERVACIONES

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

CITA EN 2-3 SEMANAS

Profesional: **GIL BERNAL EDGAR ANDRES**

R. M. : **1069262537**

GINECOLOGIA

Registro válido

28/02/2026

B7

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza moderada

Fecha de consulta:

Ficha:

50006105467600020522

DATOS PERSONALES

Nombres: ANGIE TATIANA

Apellidos: DIAZ BELTRAN

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1234789788

Municipio: Acacías

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Consulta vigente:

21/10/2025

Última actualización ciudadano:

21/10/2025

Última actualización vía registros administrativos:

25/11/2023

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

A1→A5
Pobreza extrema

B1→B7
Pobreza moderada

C1→C18
Vulnerabilidad

D1→D21
Ni pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Administrador:

LUZ MARINA BOLIVAR CALDERON

Teléfono:

Carrera 16 No 13 - 37 Barrio Centro

Celular:

321490884

Correo Electrónico:

tecsisben@acacias.gov.co

Actualizar tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:



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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1234789788
NOMBRES	ANGIE TATIANA
APELLIDOS	DIAZ BELTRAN
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/02/2015	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	02/28/2026 11:59:58	Estación de origen:	192.168.70.220
---------------------	---------------------	---------------------	----------------

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

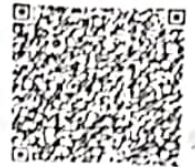
Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser presentada a la EPS donde se presenta la afiliación.

214329513



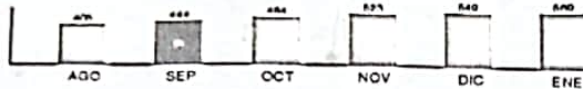
El no pago de su factura de energía en las fechas estipuladas en el presente documento dará lugar a la suspensión del servicio por mora. Contra esta decisión procede el recurso de reposición, el cual deberá interponerse en las oficinas de servicio al cliente y canales de atención dispuestos para la atención y en subsidio de apelación ante los cinco (05) días hábiles siguientes a la suspensión del servicio y en su defecto la suspensión de la prestación de los servicios públicos domiciliarios. En cualquier momento, la suspensión del servicio por mora podrá realizarse en cualquier momento.

FECHA Y HORA DE EMISIÓN | 2026-01-07 16:48 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2026-01-07 16:52 | CUCR | 8AAE2D5A8B45ABED3DC9C1151A5B4AC5C7F31BA72DFCC929AD2478A4967A9E614BF7BB0776207C156A38CB2AF4F6480A8821

Subscriber: MARIA STELA HERNANDEZ F

Dirección: TIENDA LAS MERCEDES VDA LAS MERCEDES

Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO

(4) A-S Lectura Anterior 76676
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 77245
Anomalia 0

Consumo Promedio Ut. 6 Meses: 472
Documento No.: DE55748507
Facturas Atrasadas :0

Ultimo Pago: \$673880 26-12-25
Periodo Facturado: 05-12-2025/04-01-2026
Ruta: 32-3212230150

Identificación de la muestra		
MARCA CONTADOR (ES)	NUMERO (S)	FACTOR
MET	12102558	1
FECHA Y HORA DE EXPOSICIÓN		

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN 07-ENE-2026 03:01					
ESTRATO		ZONA	Rural	CICLO	25
CLASE	Comercial	CÓDIGO CIU	venta al por menor en pequeños establecimientos de alimentos y bebidas para consumo inmediato	ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Cód. Circuito	V13803	(MC) Horas Compensadas	0
COB Transformador	O11753	(VC) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	33	(CEC) Consumo estimado a compensar	523
(PIU) Duración en horas de interrupciones	92.634	(%D) Porcentaje de descuento del cargo	20
(PIU) Número total de interrupciones	62	(CJ) Cargo de Distribución	199.33
(PIU) Meta por duración	52.22	(PIU) Meta por Frecuencia	59
V17 a Compensar \$ 0			

Costo unitario de la prestación del servicio de EUSA (\$/kWh)			
CONCEPTO		CONCEPTO	
Compra energía al generador	Q \$ 310.99	Perdidas reconocidas	PR \$ 69.26
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T \$ 64.14	Otros costos asociados al mercado de energía	O \$ 21.05
Transporte en el sistema de distribución local	D \$ 263.25	Costo de comercialización	C \$ 179.74
Total Cuv Cálculo (Creg 119-07) (mononilo) Nivel (1) CU= Q+T+D+Cv+PR+R			888.43
Interés moratorio residencial	0,45%	Interés moratorio no residencial	1,55%

FORM 100-1086			
Consumo kWh vs. Uniformo kWh	Factura	Valor	Resolución

DATOS DE FINANCIACIÓN

VALOR FINANCIACIÓN		CUOTA ACTUAL	
SALDO FINANCIACIÓN		CUOTAS PENDIENTES	
INTERESES %		NÚM DE CUOTAS	
VALOR FINANCIACIÓN			
SALDO A FAVOR	\$0	SALDO EN RECLAMACIÓN	\$0

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía.
 $1099,12$ (Valor kWh con COT) $\times$ 592 (Consumo en kWh)

• 1974, 1975

VALOR NETO
Porcentaje de CONTRIBUCION (20%)
Valor porcentaje de CONTRIBUCION
SUBTOTAL VALOR CONSUMO
OTROS CONCEPTOS:
Impuesto AP

2004.17

0000

101.104
1004.522

2004-2005

175.82a

SUBTOTAL VALOR OTROS
DESCUENTOS

375.020

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	\$682,450
-----------------------------------	-----------

Detalle portafolio

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO \$ 0

Regimen desde	Suspension desde	TOTAL A PAGAR
19-ENE-2026	20-ENE-2026	\$682,450

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
FIRMA GERENTE

Código del cliente
214329513

Fecha de vencimiento
19-ENE-2026

Valor a pagar
\$682,450



(415)7709988002445(8020)0214329513(3900)0000582450



VIGILADO SUPERE



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 - 2025



LISTA DE CHEQUEO

DATOS DE LA UDS			
Nombre UDS	Mentad, empanales.		Código Cuéntame
Contrato	5000100019630.		50002532021
DATOS DEL BENEFICIARIO			
Nombre completo	Axel Jose. Buitrago		Documento No.
		1253.259251	
DOCUMENTO		CHEQUEO	
		SI	NO
1	Fotografía del beneficiario		
2	Fotocopia del documento de identidad del beneficiario (legible, sin tachones, ni enmendaduras)	X	
3	Criterio de Focalización		
4	Afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente	X	
5	Fotocopia de valoración integral en salud: control de crecimiento y desarrollo	X	
6	Copia del carné de vacunación actualizada según la edad		
7	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (Solo aplica para mujeres gestantes)		
8	Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)		
9	Fotocopia de recibo servicio público		
10	Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable.		
11	Certificado de pertenencia a comunidad indígena, afrodescendientes, raizales, palanqueros (Cuando aplique)		
12	Certificado de asistencia a consulta de salud oral		
13	Certificado de examen de agudeza visual (Aplica para niñas y niños al cumplir los 4 años según se establezca en la normatividad vigente)		
14	Certificado de tamizaje auditivo	X	
15	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores para el desarrollo integral de los usuarios del servicio	X	
16	Acta consentimiento informado registro fotográfico y filme de actividades pedagógicas	X	
17	Póliza de Seguro	X	
18	Historial: EVCD-R, informes seguimiento al desarrollo, remisiones, historia clínica, observador etc.		
Fecha de recepción de documentos			

Firma Responsable de la UDS

Firma acudiente del beneficiario

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Cel. 3123641307

Email: asopadrespofiatres@gmail.com



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 - 2025



ACTA DE COMPROMISOS

DATOS DE LA UDS	
Nombre UDS	Aguirre en porcel
Código Cuéntame	5000100019630
Contrato	5000100019630

DATOS DEL BENEFICIARIO	
Nombre Completo	Axel Jose de Brito
Documento No.	1153259291

De acuerdo a lo estipulado en la Ley 1804 de 2016 "Por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones" la familia es **CORRESPONSABLE** para asegurar la protección integral y la garantía del goce efectivo de los derechos de la mujer en estado de embarazo y de los niños y niñas desde los ceros (0) hasta los seis (6) años de edad.

Por tal motivo, yo, Laura Ximena:

identificado(a) con Cedula Número 1125346440 de Vicio

en calidad de usuario(a) acudiente

ME COMPROMETO A:

1. Entregar la documentación requerida por la UDS para la formalización del cupo
2. Acoger las normas del pacto de convivencia, establecido/construido y aprobado participativamente, para el funcionamiento armónico de la UDS
3. Entregar los soportes necesarios que demuestren la garantía de los derechos de los niños y las niñas (carné de vacunas actualizado, carne de seguimiento al crecimiento y desarrollo, otros que se consideren pertinentes), para gestantes control Prenatal y Vacunas.
4. Solicitar periódicamente cita de control de crecimiento y desarrollo y al programa de vacunación de acuerdo con la edad de la niña/niño y presentar el soporte en fotocopia a la UDS.
5. Respetar y dar buen trato al personal de la UDS
6. Manifestar por medio del buzón PQRFS de la UDS cuando se presenten situaciones en las que considere que el beneficiario o yo no estoy siendo respetado, o no me brindan buen trato.
7. Cuidar los recursos que la UDS pone a mi disposición y del beneficiario
8. Garantizar el bienestar físico y psicológico del beneficiario
9. Dar cumplimiento al horario de atención (2 Horas) con PUNTUALIDAD tanto al ingreso como a la salida
10. Presentar la excusa en caso de inasistencia (con 2 ausencias injustificadas se perderá el cupo en la UDS).
11. Recibir y facilitar al personal de la UDS la visita domiciliaria en caso que se requiera
12. Actualizar inmediatamente a la UDS los cambios de dirección de residencia del beneficiario y teléfonos de contacto.

En constancia firmo a los 01 días del mes de Marzo del 20 20

Luz Stella

Firma Responsable de la UDS

Laura Ximena

Firma acudiente del beneficiario

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Cel. 3123641307

Email: asopadresporfiatras@gmail.com



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 - 2025

SEGUIMIENTO A COMPROMISOS



DATOS DE LA UDS			
Nombre UDS	Aventura en Porfía	Código Cuéntame	500000019636
Modalidad	Hab fami	Contrato de aportes	50002532024
DATOS DEL BENEFICIARIO			
Nombres y apellidos del beneficiario	XXEL JOSE Buitrago	Número de documento	1253759251
Fecha de firma de compromiso			
SENSIBILIZACION			
<p>Como padre, madre o cuidador, la responsabilidad es garantizar el cumplimiento de los derechos de las niñas y los niños, es por ello que desde la constitución política de Colombia en el N° 44 "Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos ", adicional a ello, en el ejercicio de la implementación de la política de Cero A siempre, normada por la ley 1804 del 2016, referencia "Las acciones estratégicas lideradas por el Gobierno, que en corresponsabilidad con las familias y la sociedad, aseguran la protección integral y la garantía del goce efectivo de los derechos de la mujer en estado de embarazo y de los niños y niñas desde los cero (0) hasta los seis (6) años de edad." es por eso, que como unidad de servicio garantes de derechos, velamos y hacemos acompañamiento a las familias, con el fin que los niños puedan acceder a las atenciones que le ofrece el estado Colombiano, para que tenga un desarrollo integral y desarrolle sus potencialidades.</p>			
COMPROMISO			
Yo <u>Lauren Ximena Pareda</u>			
identificado(a) con <u>cedula ciudadana</u> Número <u>1125896476</u> expedido en <u>V/C</u>			
en calidad de usuario(a) _____ acudiente <u>X</u>			
ME COMPROMETO			
A entregar en la UDS los documentos pendientes mencionados a continuación:			
Documento pendiente		Fecha de cumplimiento	
Control tiene cita control y crecimiento el			
viernes 5. Junio 726			
FIRMAS			
<u>Juz Stella Ballea</u>		<u>Lauren X. Pareda</u>	
Firma Responsable de la UDS		Firma acudiente del beneficiario	

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Cel. 3123641307

Email: asopadresporfialtres@gmail.com

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

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Axel Jose Buikano, identificado (a) con documento de identidad número 1253281291, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	Audios	Videos	Otros datos personales
--------------	-------	--------	--------	------------------------

Autorización - Uso imagen del titular:

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

Autorización	Fotos	Audios	Videos	Otros datos personales
--------------	-------	--------	--------	------------------------

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por ICBF fami, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa puerai enp.

Suscriben:

Firma: lauren x. pardo
Nombre: lauren ximena pardo
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 01/07/2021
Municipio: Ullanaco

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

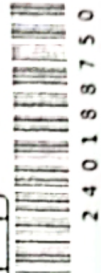
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL



NUIP 1253259251 **REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO** Indicativo Serial 240188750

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina																	
Registraduría	☒	Notaría	☐	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	A	D	S		
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía																	
COLOMBIA - META - VILLAVICENCIO VILLAVICENCIO-INVERSIONES CL DEL META S A *****																	
Datos del inscrito																	
Primer Apellido										Segundo Apellido							
BUITRAGO										POVEDA							
Nombre(s)																	
AXEL JOSUE																	
Fecha de nacimiento																	
Año	2	0	2	6	Mes	A	B	R	Día	0	9	Sexo (en letras)	MASCULINO	Grupo sanguíneo	A	Factor RH	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)																	
COLOMBIA - META - VILLAVICENCIO *****																	
Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos																	
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO *****																	
Número certificado de nacido vivo																	
26046910119342 *****																	
Datos de 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																	
POVEDA DONCEL LAUREN XIMENA *****																	
Documento de identificación (Clase y número)																	
TI No. 1121896470 *****																	
Nacionalidad																	
COLOMBIA *****																	
Datos de padre o madre (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																	
BUITRAGO BONILLA KEVIN STIVEN *****																	
Documento de identificación (Clase y número)																	
CC No. 1070464547 *****																	
Nacionalidad																	
COLOMBIA *****																	
Datos del declarante																	
Apellidos y nombres completos																	
BUITRAGO BONILLA KEVIN STIVEN *****																	
Documento de identificación (Clase y número)																	
CC No. 1070464547 *****																	
Firma																	
Firma																	
Datos primer testigo																	
Apellidos y nombres completos																	

Documento de identificación (Clase y número)																	

Firma																	

Datos segundo testigo																	
Apellidos y nombres completos																	

Documento de identificación (Clase y número)																	

Firma																	

Fecha de inscripción																	
Año	2	0	2	6	Mes	A	B	R	Día	1	0	Nombre y firma del funcionario que autoriza					
												SANDRA IVET GARCIA VERA					
												Nombre y firma					
Reconocimiento paterno																	
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento																	
SANDRA IVET GARCIA VERA																	
Nombre y firma																	
Nombre y firma																	
ESPACIO PARA NOTAS																	
LIBRO DE VARIOS TOMO 3, FOLIO 198, 10/04/2026																	
Firma																	

NÚMERO DE PREPARACIÓN 121439402

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO: 1.121.896.470

POVEDA DONCEL

APellidos

LAUREN XIMENA

Nombres

Lauren Poveda



14-ENE-2011

VILLAVICENCIO
(PS 14)

14-ENE-2029

O+

F

14-ENE-2011 VILLAVICENCIO



Fecha de consulta: 08/02/2026

Ficha: 50001026650500000298

B2

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres:

LAUREN XIMENA

Apellidos:

POVEDA DONCEL

Tipo de documento:

Tarjeta de identidad

Número de documento:

1121896470

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

Formato Individual de Pago			111746472	
Nombre y Apellido: <u>Venny Paula Dancel S.</u>			Cédula No.	<u>1015743474</u>
Dirección: <u>MZ C-55</u>			Período Facturado	
INFORMACIÓN GENERAL DEL SECTOR			INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PAGO	
Valor Contable Paga	\$1.592.340	Mayor	Valor Paga	\$1.592.340
Valor Anterior	\$2.128.950	Lectura Anterior	Lectura Actual	7352
Valor Factura Mayor	\$4.121.300	Saldo Pendiente	\$	
LIDER COMUNITARIO: ALEXANDER PARRA Macro: 20120400413		Valor Actual	\$	
PAGUESE ANTES DE	SUSPENSIÓN DESDE	PUNTOS DE PAGO		
15/01/2026	16/01/2026	CONSUME Y COTREM	Total a Pagar: \$ <u>32.400</u>	

Formato Individual de Pago			111746472	
Nombre y Apellido:			Cédula No.	
Dirección: <u>MZ C-55</u>			Período Facturado	
INFORMACIÓN GENERAL DEL SECTOR			INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PAGO	
Valor Contable Paga	\$1.592.340	Mayor	Valor Paga	
Valor Anterior	\$2.128.950	Lectura Anterior	Lectura Actual	
Valor Factura Mayor	\$4.121.300	Saldo Pendiente	\$	
LIDER COMUNITARIO: ALEXANDER PARRA Macro: 20120400413		Valor Actual	\$	
PAGUESE ANTES DE	SUSPENSIÓN DESDE	PUNTOS DE PAGO		
15/01/2026	16/01/2026	CONSUME Y COTREM	Total a Pagar: \$	



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 - 2025



LISTA DE CHEQUEO

DATOS DE LA UDS				
Nombre UDS	<u>aventuras infantiles</u>	Código Cuéntame	<u>5000100019630</u>	
Contrato	<u>50002532024</u>			
DATOS DEL BENEFICIARIO				
Nombre completo	<u>Bryan Samuel Chisabá</u>	Documento No.	<u>1.253.279283</u>	
DOCUMENTO		CHEQUEO		
		SI	NO	OBSERVACIÓN
1	Fotografía del beneficiario			
2	Fotocopia del documento de identidad del beneficiario (legible, sin tachones, ni enmendaduras)	X		
3	Criterio de Focalización	X		
4	Afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente	X		
5	Fotocopia de valoración integral en salud: control de crecimiento y desarrollo	X		
6	Copia del carné de vacunación actualizada según la edad	X		
7	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (Solo aplica para mujeres gestantes)	X		
8	Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)			
9	Fotocopia de recibo servicio público			
10	Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable.	X		
11	Certificado de pertenencia a comunidad indígena, afrodescendientes, raizales, palanqueros (Cuando aplique)			
12	Certificado de asistencia a consulta de salud oral			
13	Certificado de examen de agudeza visual (Aplica para niñas y niños al cumplir los 4 años según se establezca en la normatividad vigente)	X		
14	Certificado de tamizaje auditivo	X		
15	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores para el desarrollo integral de los usuarios del servicio	X		
16	Acta consentimiento informado registro fotográfico y filme de actividades pedagógicas	X		
17	Póliza de Seguro	X		
18	Historial: EVCD-R, informes seguimiento al desarrollo, remisiones, historia clínica, observador etc.			
Fecha de recepción de documentos				

Jessy Steffen

Firma Responsable de la UDS

Sherilly Lopez

Firma acudiente del beneficiario

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Cel. 3123641307

Email: asopadresporfiatres@gmail.com



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 - 2025



ACTA DE COMPROMISOS

DATOS DE LA UDS	
Nombre UDS	Aventura en Pondera
Código Cuéntame	500010019130
Contrato	5000592024

DATOS DEL BENEFICIARIO	
Nombre Completo	1.253259283
Documento No.	Brian Camilo Ch.

De acuerdo a lo estipulado en la Ley 1804 de 2016 "Por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones" la familia es **CORRESPONSABLE** para asegurar la protección integral y la garantía del goce efectivo de los derechos de la mujer en estado de embarazo y de los niños y niñas desde los ceros (0) hasta los seis (6) años de edad.

Por tal motivo, yo, Shesly Lopez

identificado(a) con 1121896161 Número de
en calidad de usuario(a) acudiente X

ME COMPROMETO A:

1. Entregar la documentación requerida por la UDS para la formalización del cupo
2. Acoger las normas del pacto de convivencia, establecido/construido y aprobado participativamente, para el funcionamiento armónico de la UDS
3. Entregar los soportes necesarios que demuestren la garantía de los derechos de los niños y las niñas (carné de vacunas actualizado, carne de seguimiento al crecimiento y desarrollo, otros que se consideren pertinentes), para gestantes control Prenatal y Vacunas.
4. Solicitar periódicamente cita de control de crecimiento y desarrollo y al programa de vacunación de acuerdo con la edad de la niña/niño y presentar el soporte en fotocopia a la UDS.
5. Respetar y dar buen trato al personal de la UDS
6. Manifestar por medio del buzón PQRFs de la UDS cuando se presenten situaciones en las que considere que el beneficiario o yo no estoy siendo respetado, o no me brindan buen trato.
7. Cuidar los recursos que la UDS pone a mi disposición y del beneficiario
8. Garantizar el bienestar físico y psicológico del beneficiario
9. Dar cumplimiento al horario de atención (2 Horas) con PUNTUALIDAD tanto al ingreso como a la salida
10. Presentar la excusa en caso de inasistencia (con 2 ausencias injustificadas se perderá el cupo en la UDS).
11. Recibir y facilitar al personal de la UDS la visita domiciliaria en caso que se requiera
12. Actualizar inmediatamente a la UDS los cambios de dirección de residencia del beneficiario y teléfonos de contacto.

En constancia firmo a los 01 días del mes de Mayo del 2020

Loz skella Ballen

Firma Responsable de la UDS

Shesly Lopez

Firma acudiente del beneficiario

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Cel. 3123641307

Email: asopadresporfias3@gmail.com

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

Autorización - Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Bryan Samuel Olisaba, identificado (a) con documento de identidad número 1253259283 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	Audios	Videos	Otros datos personales
--------------	-------	--------	--------	------------------------

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Sherly Lopez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1253259283 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	Audios	Videos	Otros datos personales
--------------	-------	--------	--------	------------------------

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por HCB Fam!, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Aventura en Paralelo.

Suscriben:

Firma: SHERLY LOPEZ
 Nombre: Sherly Lopez
 Calidad - Titular: Representante legal:
 Teléfono de contacto: 0165126
 Fecha: 15/07/2021
 Municipio: Villavieja

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 - 2025

SEGUIMIENTO A COMPROMISOS



DATOS DE LA UDS			
Nombre UDS	Asociación en familia		Código Cuéntame
Modalidad	HCB fami	Contrato de aportes	
DATOS DEL BENEFICIARIO			
Nombres y apellidos del beneficiario	Bryan Samuel Chisib		Número de documento
Fecha de firma de compromiso	01/05/2020		7253259283
SENSIBILIZACION			
<p>Como padre, madre o cuidador, la responsabilidad es garantizar el cumplimiento de los derechos de las niñas y los niños, es por ello que desde la constitución política de Colombia en el N° 44 "Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos", adicional a ello, en el ejercicio de la implementación de la política de Cero A siempre, normada por la ley 1804 del 2016, referencia "Las acciones estratégicas lideradas por el Gobierno, que en corresponsabilidad con las familias y la sociedad, aseguran la protección integral y la garantía del goce efectivo de los derechos de la mujer en estado de embarazo y de los niños y niñas desde los cero (0) hasta los seis (6) años de edad." es por eso, que como unidad de servicio garantes de derechos, velamos y hacemos acompañamiento a las familias, con el fin que los niños puedan acceder a las atenciones que le ofrece el estado Colombiano, para que tenga un desarrollo integral y desarrolle sus potencialidades.</p>			
COMPROMISO			
Yo <u>Sherly Lopez</u>			
identificado(a) con <u>Cédula C.</u> Número <u>112936161</u> expedido en _____			
en calidad de usuario(a) _____ acudiente <u>X</u>			
ME COMPROMETO			
A entregar en la UDS los documentos pendientes mencionados a continuación:			
Documento pendiente		Fecha de cumplimiento	
<u>Entregar el Sisben</u>		<u>con mel</u>	
FIRMAS			
<u>Loz stellar</u>		<u>Sherly Lopez</u>	
Firma Responsable de la UDS		Firma acudiente del beneficiario	

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Cel. 3123641307

Email: asopadresporfiatres@gmail.com

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1253259283

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTOIndicativo
Serial 240188782

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador ☒ Notario ☐ Asesor ☐ Corredor ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A D S

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - META - VILLAVICENCIO VILLAVICENCIO-INVERSIONES CL DEL META S.A. *****

Datos del inscrito

Primer Apellido Segundo Apellido

CHISABA LOPEZ

Nombre(s)
BRYAN SAMUELFecha de nacimiento Sexo (en letras) Grupo sanguíneo Factor RH
Año 2 0 2 6 Mes A B R Día 1 6 MASCULINO O POSITIVO

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

COLOMBIA - META - VILLAVICENCIO *****

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO 2604921012827 *****Causa de madre o padre (Para casos de puértilos indígenas con línea registral, o parientes del mismo sexo, anotar el preceptor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos

LOPEZ MOLANO SHESLLY MAIBETH

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad
CC No. 1121396161 COLOMBIA *****Causa de padre o madre (Para casos de puértilos indígenas con línea registral, o parientes del mismo sexo, anotar el preceptor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos

CHISABA GAMBOA BRAYAN CAMILO

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad
CC No. 1006797253 COLOMBIA *****Datos del declarante Apellidos y nombres completos
CHISABA GAMBOA BRAYAN CAMILODocumento de identificación (Clase y número) Firma
CC No. 1006797253

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 6 Mes A B R Día 2 1 SANDRA IVET GARCIA VERA
Nombre y firmaReconocimiento paterno Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma SANDRA IVET GARCIA VERA
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS: TOMO 3; FOLIO 224; 21/04/2026



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	1253259283
NOMBRES	BRYAM SAMUEL
APELLIDOS	CHISABA LOPEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANTAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	16/04/2026	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 06/01/2026 09:39:26 Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

**Verificación - Desactualización de la información - Sección G. Educación -
Ind_fondo_pensiones**

Fecha de consulta:

17/02/2026

Ficha:

50001007744900003157

B7

**GRUPO SISBÉN IV
Pobreza moderada**

DATOS PERSONALES

Nombres: SHESLLY MAIBETH

Apellidos: LOPEZ MOLANO

Tipo de documento: Tarjeta de identidad

Número de documento: 1121396161

Municipio: Villavicencio

Departamento: Meta

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

19/09/2019

Última actualización ciudadano:

26/09/2019

Última actualización via registros administrativos:

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



Encontramos inconsistencias en su ficha.
Lo invitamos a acercarse a la oficina Sisbén del
municipio en el que vive para actualizar su
información.

A1→A5
Pobreza extrema

B1→B7
Pobreza moderada

C1→C18
Vulnerabilidad

D1→D21
Ni pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

YOLANDA COY HERNANDEZ

Dirección:

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

Teléfono:

3208559257

Correo Electrónico:

sisben@villavicencio.gov.co

$$\begin{array}{r} 12426 \\ 12426 \\ \hline \end{array}$$

serum
serum

$$\begin{array}{r} 6037439072 \\ 32420136 \\ \hline \end{array}$$

climate

2 June

LECTURES ON THE HISTORY OF THE

CL

Figure 1

Logistic Regression Analysis

100



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL



Carné de Vacunación



Nombres y Apellidos _____



Tipo de Documento

No. de Documento

Fecha de Nacimiento

16 4 26

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 4090

Talla: 54cm

Dirección:

Teléfono 1: 3154381097

Teléfono 2:

Responsable: Sheslly Lopez

Municipio de residencia:

Niño

Departamento:

Meta

Vacunar Oportunamente con todas las
dosis a los niños, Garantiza la Protección
frente a enfermedades.

Tuberculosis meningea, Hepatitis B, Poliomiositis,
Meningitis y otras enfermedades causadas por
Haemophilus Influenzae tipo B, Difteria, Tétanos,
Tétanos, Diarrea por rotavirus, Neumonia, Otitis,
Meningitis bacteriemia causada por Neisseria,
Enfermedad respiratoria causada por el virus de
la Influenza, Sarampión, Rubéola, 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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.797.253

CHISABA GAMBOA

APELLIDOS

BRAYAN CAMILO

NOMBRES

camilo gamboa

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-MAR-2003

VILLAVICENCIO
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

15-MAR-2021 ACACIAS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A handwritten signature in black ink, likely belonging to Alexander Vega Rocha.

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-5200500-01227466-M-1006797253-20210413

0074081934A 1

8501724533

DEL REGISTRO NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CÉDULA DE
CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
LOPEZ MOLANO

NUIP 1.121.396.161

Nombres
SHESLLY MAIBETH

Nacionalidad
COL

Estatura
1.65

Sexo
F

Fecha de nacimiento
13 DIC 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
EL CALVARIO (META)

Fecha y lugar de expedición
16 ENE 2025, ACACIAS

Firma

Sheslly Lopez

Fecha de expiración
17 ENE 2035



.CO

072581058



REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo



ICCOL072581058652005<<<<<<<<<<
0612139F3501173COL1121396161<3
LOPEZ<MOLANO<<SHESLLY<MAIBETH<

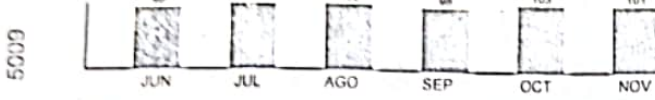
CÓDIGO DEL CLIENTE
CITE ESTE NÚMERO PARA CONSULTA O PAGO

373776447

FECHA Y HORA DE GENERACIÓN | 2025-11-05 18:53 | FECHA Y HORA DE VALIDACIÓN | 2025-11-05 18:53 | CUDE |

Suscriptor: - MARIA CONSUELO GAMBOA
Dirección: CL 8 16 14 BRR LA CUNCIA P2
Ciudad: Villavicencio

DETALLE DE CONSUMO



(1) A-S
Lectura Anterior 7778
Tipo de Lectura Con Lectura

Lectura Actual 7879
Anomalia 0

Consumo Promedio UL 8 Meses: 103
Documento No. DES4941434
Facturas Atrasadas: 0

Ultimo Pago: \$74170 27-10-25
Periodo Facturado: 03-10-2025-02-11-2025
Ruta: 33-3313241985

FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN	2025-11-05 16:56
ESTRATO	1
ZONA	Urbano
CICLO	25
CLASE	Residencial
CÓDIGO CIU	Hogar Comunitario
ESTADO DEL PREDIO	ACTIVA

Cod. Circuito	V10R03	(HIC) Horas Compensadas	0
COD. Transformador	V1T2213	(VCE) Veces a compensar	0
Grupo de calidad	33	(CEC) Consumo estimado a compensar	98
(DIT) Duración en horas de interrupciones	79.249	(PDI) Porcentaje de descuento del cargo	20
(FNU) Número total de interrupciones	61	(DIT) Cargo de Distribución	199.85
(DUG) Meta por duración	52.22	(FNU) Meta por frecuencia	59
Vir a Compensar 5 0			

CONCEPTO	CONCEPTO	PR \$	PR \$
Compra energía al generador	G \$	323.2	60.23
Transporte en el sistema de transmisión nacional	T \$	52.97	30.83
Transporte en el sistema de distribución local	D \$	275.2	181.67
Total Cuv Calculado (Creg 119-07) (monomio) Nivel (1) CU=GT+D+CV+PR+R			924.1
			924.1

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

DETALLE DEL DOCUMENTO EQUIVALENTE

Liquidación del consumo de energía	\$40,495
*20 54 (Valor kWh con SUBSIDIO) x 101 (Consumo en kWh)	
ALOR NETO	
Porcentaje de SUBSIDIO (57%)	\$93,334
Valor porcentaje de SUBSIDIO	\$52,839
SUBTOTAL VALOR CONSUMO	\$40,495
OTROS CONCEPTOS	\$933
Impuesto AP	\$2
Ajuste a la Decena	
SUBTOTAL VALOR OTROS	\$935
DESCUENTOS:	
SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE ENERGIA	\$41,430

FIRMA GERENTE
EDWIN DAVID GUZMAN BOHORQUEZ
Interés Moratorio Residencial 0,49%
Interés Moratorio No Residencial 1,58%

Código del cliente 373776447
Número de documento DES4941434
Valor a pagar \$41,430



(415)7709998002449(8020)0373776447(3900)0000041430

bio
Bioagrícola
DELLANDIA E S P A C
NIT 822.000.268-9
NUIR 1-5000-1000-2

Bioagrícola del Bano S.A.
Empresa de servicios públicos BIC
Responsable de la CA
Calle 34A 34 - 29 Torre 1 Barrio Barzal
Villavicencio, Meta
Autorretenedores ICA en Villavicencio
Resolución 1653 67 67/76A del
26 de junio de 2024

CÓDIGO USUARIO BIO:

060750095103
DOCUMENTO No:
041754444

LÍNEAS DE ATENCIÓN
(01) 770 999 8002

DATOS GENERALES

Mes de facturación: OCTUBRE Est/Cat: 1
Uso: RESIDENCIAL Fr. recolección: 3
Und. residencial: 1 Fr. barrido: 3
Und. no residencial: 0 Volumen M3: 2
Subsidio (%): 35
Contribución (%): 0
Tasa de interés: 0
Fact. vencidas: 0

HISTORICO FACTURATIVO

MES 1	MES 2	MES 3	Toneladas	Actual	Anterior
\$56,244	\$27,184	\$51,830	TRBL	0.003212	0.002581
			TRLU	0.001833	0.001471
			TRRA	0.000195	0.000168
			TRA	0.037029	0.025620
			TRNA	0.035253	0.037156
			TAFNA	0	0
			TAFNA	0	0

COSTO SERVICIO

Costo Fijo Total: 27.547
Costo Variable no aprovechado: 197005.27
Aprovechamiento: 6430
Valor base aprovechamiento: 173633.8833
Carga fijo: \$27.547
Carga Variable: \$14.407
Subsidio/Contribucion: \$18.369
Devoluciones(-): \$72
Ajuste aprovechamiento: \$4.852

OTROS SERVICIOS

Productos: \$0 IVA: \$0
Servicios: \$0 IVA: \$0
TOTAL OTROS SERV: \$0
TOTAL ASEO: \$30,348

FINANCIACIONES

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

Valores en reclamación \$0
TOTAL POR PAGAR \$30,348

Andrea Lesmes Herrera
Gerente Bioagrícola del Llano
*Puedes validar la descripción de los conceptos de la liquidación al respaldo de esta factura.
*El ítem de descuento corresponde a devoluciones y descuentos puestos a cuenta para los que apliquen.



DETALLE PORTAFOLIO

Convenio	Capital	Intereses	Valor a pagar	No. Cuota

SUBTOTAL POR CONCEPTOS DE PORTAFOLIO \$

18-NOV-2025 19-NOV-2025 \$71,778

Impuesto AP Acuerdo 515/Dic-21

Código del cliente 060750095103
Número de documento 041754444

\$30,348
Valor a pagar



(415)7709998013612(8020)0041754444(3900)0000030348



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 - 2025



LISTA DE CHEQUEO

DATOS DE LA UDS				
Nombre UDS	Aventura, en español		Código Cuéntame	5000100019126
Contrato	50002532024			
DATOS DEL BENEFICIARIO				
Nombre completo	Enistol Suarez Garcia		Documento No.	1122945877
DOCUMENTO		CHEQUEO		
		SI	NO	OBSERVACIÓN
1	Fotografía del beneficiario			
2	Fotocopia del documento de identidad del beneficiario (legible, sin tachones, ni enmendaduras)	X		
3	Criterio de Focalización	X		
4	Afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente	X		
5	Fotocopia de valoración integral en salud: control de crecimiento y desarrollo	X		
6	Copla del carné de vacunación actualizada según la edad	X		
7	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (Solo aplica para mujeres gestantes)			
8	Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	X		
9	Fotocopia de recibo servicio público	X		
10	Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable.	X		
11	Certificado de pertenencia a comunidad indígena, afrodescendientes, raizales, palanqueros (Cuando aplique)			
12	Certificado de asistencia a consulta de salud oral			
13	Certificado de examen de agudeza visual (Aplica para niñas y niños al cumplir los 4 años según se establezca en la normatividad vigente)			
14	Certificado de tamizaje auditivo			
15	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores para el desarrollo integral de los usuarios del servicio	X		
16	Acta consentimiento informado registro fotográfico y filme de actividades pedagógicas	X		
17	Póliza de Seguro	X		
18	Historial: EVCD-R, informes seguimiento al desarrollo, remisiones, historia clínica, observador etc.			
Fecha de recepción de documentos				

Jue Della Ballen

Firma Responsable de la UDS

Ange Garcia

Firma acudiente del beneficiario

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Cel. 3123641307

Email: asopadrespofiatres@gmail.com

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

Autorización - Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Cristal Suarez, identificado (a) con documento de identidad número 1122945877 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	Audios	Videos	Otros datos personales
--------------	-------	--------	--------	------------------------

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Angie Garcia, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122945877, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	Audios	Videos	Otros datos personales
--------------	-------	--------	--------	------------------------

La autorización comprende:

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

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

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

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

Suscriben:

Firma: Angie Garcia C
 Nombre: angie Garcia carla
 Calidad - Titular: Representante legal:
 Teléfono de contacto: 323 4723877
 Fecha: 01/02/2021
 Municipio: Medellin

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3



NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 - 2025

SEGUIMIENTO A COMPROMISOS

DATOS DE LA UDS			
Nombre UDS	Aventura en pañal		Código Cuéntame
Modalidad	HCB fami		Contrato de aportes
DATOS DEL BENEFICIARIO			
Nombres y apellidos del beneficiario	Chystal Suarez Barco		Número de documento
Fecha de firma de compromiso	21/04/23		1122845873
SENSIBILIZACION			
<p>Como padre, madre o cuidador, la responsabilidad es garantizar el cumplimiento de los derechos de las niñas y los niños, es por ello que desde la constitución política de Colombia en el N° 44 "Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos", adicional a ello, en el ejercicio de la implementación de la política de Cero A siempre, normada por la ley 1804 del 2016, referencia "Las acciones estratégicas lideradas por el Gobierno, que en corresponsabilidad con las familias y la sociedad, aseguran la protección integral y la garantía del goce efectivo de los derechos de la mujer en estado de embarazo y de los niños y niñas desde los cero (0) hasta los seis (6) años de edad." es por eso, que como unidad de servicio garantes de derechos, velamos y hacemos acompañamiento a las familias, con el fin que los niños puedan acceder a las atenciones que le ofrece el estado Colombiano, para que tenga un desarrollo integral y desarrolle sus potencialidades.</p>			
COMPROMISO			
Yo <u>Ange Garcia Carreño</u>			
identificado(a) con <u>4121945466</u> Número <u> </u> expedido en <u>Villavicencio</u>			
en calidad de usuario(a) <u> </u> acudiente <u>X</u>			
ME COMPROMETO			
A entregar en la UDS los documentos pendientes mencionados a continuación:			
Documento pendiente		Fecha de cumplimiento	
la historia clinica de pediatría porye		21/05/20	
no se tiene			
FIRMAS			
<u>[Firma]</u>		<u>Ange Garcia C.</u>	
Firma Responsable de la UDS		Firma acudiente del beneficiario	

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Cel. 3123641307

Email: asopadresporfias@gmail.com



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y MADRES
COMUNITARIAS PORFIA 3

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de agosto de 1988

"Construyendo con amor un futuro mejor"

VERSION 6 - 2025



ACTA DE COMPROMISOS

DATOS DE LA UDS			
Nombre UDS	Aventura en Porfía	Código Cuéntame	50002532024
Contrato	5000100019630		
DATOS DEL BENEFICIARIO			
Nombre Completo	Cristal Suarez	Documento No.	1122948873

De acuerdo a lo estipulado en la Ley 1804 de 2016 "Por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones" la familia es **CORRESPONSABLE** para asegurar la protección integral y la garantía del goce efectivo de los derechos de la mujer en estado de embarazo y de los niños y niñas desde los ceros (0) hasta los seis (6) años de edad.

Por tal motivo, yo, Angie Garcia Castañeda
identificado(a) con Cédula e Número 1122948873 de _____
en calidad de usuario(a) acudiente

ME COMPROMETO A:

1. Entregar la documentación requerida por la UDS para la formalización del cupo
2. Acoger las normas del pacto de convivencia, establecido/construido y aprobado participativamente, para el funcionamiento armónico de la UDS
3. Entregar los soportes necesarios que demuestren la garantía de los derechos de los niños y las niñas (carné de vacunas actualizado, carne de seguimiento al crecimiento y desarrollo, otros que se consideren pertinentes), para gestantes control Prenatal y Vacunas.
4. Solicitar periódicamente cita de control de crecimiento y desarrollo y al programa de vacunación de acuerdo con la edad de la niña/niño y presentar el soporte en fotocopia a la UDS.
5. Respetar y dar buen trato al personal de la UDS
6. Manifestar por medio del buzón PQRS de la UDS cuando se presenten situaciones en las que considere que el beneficiario o yo no estoy siendo respetado, o no me brindan buen trato.
7. Cuidar los recursos que la UDS pone a mi disposición y del beneficiario
8. Garantizar el bienestar físico y psicológico del beneficiario
9. Dar cumplimiento al horario de atención (2 Horas) con PUNTUALIDAD tanto al ingreso como a la salida
10. Presentar la excusa en caso de inasistencia (con 2 ausencias injustificadas se perderá el cupo en la UDS).
11. Recibir y facilitar al personal de la UDS la visita domiciliaria en caso que se requiera
12. Actualizar inmediatamente a la UDS los cambios de dirección de residencia del beneficiario y teléfonos de contacto.

En constancia firmo a los 01 días del mes de Marzo del 2026

La Jefe Balla

Firma Responsable de la UDS

Angie Garcia

Firma acudiente del beneficiario

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Cel. 3123641307

Email: asopadresporfiatres@gmail.com



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1122945873

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 65016682
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría ☒	Número 02	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	X	B	H
---------------	---	-----------	-----------	---------------	-----------------------	--------	---	---	---

Fals - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección de Policía

COLOMBIA - META - VILLAVICENCIO - NOTARIA 2 VILLAVICENCIO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido		
SUAREZ	GARCIA		
Nombre(s)			
CRISTAL			
Fecha de nacimiento			
Año 2026	Mes MAR	Día 17	
Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	Factor RH
FEMENINO		O	POSITIVO
Lugar de nacimiento (Fals - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección)			
COLOMBIA - META - VILLAVICENCIO			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Numero certificado de nacido vivo

26032510090719

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

GARCIA CASTAÑEDA ANGIE SHIRLENY

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1121945466

Nacionalidad

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

SUAREZ GARCIA CRISTIAN ESTEBAN

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1121970610

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GARCIA CASTAÑEDA ANGIE SHIRLENY

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1121945466

Firma

Angie Garcia C.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año 2026 Mes MAR Día 10

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ABELARDO BERNAL JIMENEZ

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ABELARDO BERNAL JIMENEZ

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO: 16 FOLIO: 185 - EN APLICACION DE LA LEY 2129 DEL 2021, DE COMÚN ACUERDO DE LOS PROGENITORES, EL ORDEN DE LOS APELLIDOS DEL INSCRITO ES PRIMERO EL DEL PADRE Y SEGUNDO EL DE LA MADRE, ABLARDO BERNAL JIMENEZ



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO





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 IDENTIFICACIÓN	1122945873
NOMBRES	CRISTAL
APELLIDOS	SUAREZ GARCIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. -CM	SUBSIDIADO	17/03/2026	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 05/21/2026 12:32:49 Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES*.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA



Nombre y apellido / Full name

CRISTAL SUAREZ GARCIA

Documento de identidad / ID Type

REGISTRO CIVIL

Número de identificación / ID Number

1 1 2 2 9 4 5 8 7 3

Fecha de nacimiento / Date of birth

17/03/2026

País de nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (opcional) / Phone number

3204723827

Correo electrónico / Email

notienecorreo@gmail.com

Dosis de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombre y apellido del vacunador
Vaccine	Dose	Date of vaccination			Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
		Day	Month	Year				
BCG	Única	17	03	2026	Serum	0374MA072	INVERSIONES CLINICA DEL META SA	LUIS MABEL ROJAS ESTEVES - CC20937940 - ACTIVO
Hepatitis B Pediátrica	Adicional	17	03	2026	Serum	0324L013C	INVERSIONES CLINICA DEL META SA	LUIS MABEL ROJAS ESTEVES - CC20937940 - ACTIVO
Ant. Polio Inactiva (VIP)	Primera	25	05	2026	Bithoven Biologicals BV	2526003A	VILLANCINGO ESE MUNICIPAL MORCHAL	JANIA LIZET CARDENAS REYES - CC20749287 - ACTIVO
Neumococo 13 valente	Primera	25	05	2026	PFIZER	LR6368	VILLANCINGO ESE MUNICIPAL MORCHAL	JANIA LIZET CARDENAS REYES - CC20749287 - ACTIVO
Pentavalente PAI	Primera	25	05	2026	Serum	2655X002A	VILLANCINGO ESE MUNICIPAL MORCHAL	JANIA LIZET CARDENAS REYES - CC20749287 - ACTIVO
Rotavirus	Primera	25	05	2026	Glaxo SmithKline	AROLE251AA	VILLANCINGO ESE MUNICIPAL MORCHAL	JANIA LIZET CARDENAS REYES - CC20749287 - ACTIVO

2 dosis - 25 - Julio - 26

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos son extraídos del Sistema de Información PAWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

Este card puede presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Salud.

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización).

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988

"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" VERSION 5 - 2022



LISTA DE CHEQUEO

DATOS DE LA UDS

Nombre UDS Aurora enparula Código Cuéntame 500100014630
Contrato 5000253224

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre completo emiliano GARCIA Documento No. 1.121989246

DOCUMENTO

CHEQUEO

SI NO OBSERVACIÓN

1	Fotografía del beneficiario			
2	Fotocopia del documento de identidad del beneficiario (legible, sin tachones, ni enmendaduras)	X		
3	Fotocopia Criterio de Focalización	X		
4	Afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente	X		
5	Fotocopia de valoración integral en salud: control de crecimiento y desarrollo	X		
6	Copia del carné de vacunación actualizada según la edad	X		
7	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (Solo aplica para mujeres gestantes)			
8	Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	X		
9	Fotocopia de recibo servicios públicos	X		
10	Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable.	X		
11	Certificado de pertenencia a comunidad indígena, afrodescendientes, raizales, palanqueros (Cuando aplique)	X		
12	Certificado de asistencia a consulta de salud oral			
13	Certificado de examen de agudeza visual (Aplica para niñas y niños al cumplir los 4 años según se establezca en la normatividad vigente)			
14	Certificado de tamizaje auditivo	X		
15	Formato veracidad de la información ficha de caracterización	X		
16	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores para el desarrollo integral de los usuarios del servicio	X		
17	Acta consentimiento informado registro fotográfico y filme de actividades pedagógicas	X		
18	Póliza de Seguro	X		
19	Historial: EVCD-R, informes seguimiento al desarrollo, remisiones, historia clínica, observador etc.			

Fecha de recepción de documentos

Luz Stella Ballen

Firma Responsable de la UDS

Yeraldin Garcia

Firma acudiente del beneficiario

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Cel.3115324719-3123641307



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988

"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" VERSION 5 - 2022



ACTA DE COMPROMISOS

DATOS DE LA UDS	
Nombre UDS	Academia en español
Contrato	5002337024
Código Cuéntame	5600100019630

DATOS DEL BENEFICIARIO	
Nombre Completo	Emiliano Gutierrez
Documento No.	1.121989241

De acuerdo a lo estipulado en la Ley 1804 de 2016 "Por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones" la familia es **CORRESPONSABLE** para asegurar la protección integral y la garantía del goce efectivo de los derechos de la mujer en estado de embarazo y de los niños y niñas desde los ceros (0) hasta los seis (6) años de edad.

Por tal motivo, yo, Yeraldin Garcia
identificado(a) con Cédula E. Número 1124.243788 de Aleja
en calidad de usuario(a) acudiente ☒

ME COMPROMETO A:

1. Entregar la documentación requerida por la UDS para la formalización del cupo
2. Acoger las normas del pacto de convivencia, establecido/construido y aprobado participativamente, para el funcionamiento armónico de la UDS
3. Entregar los soportes necesarios que demuestren la garantía de los derechos de los niños y las niñas (carné de vacunas actualizado, carne de seguimiento al crecimiento y desarrollo, otros que se consideren pertinentes).
4. Solicitar periódicamente cita de control de crecimiento y desarrollo y al programa de vacunación de acuerdo con la edad de la niña/niño y presentar el soporte en fotocopia a la UDS.
5. Respetar y dar buen trato al personal de la UDS
6. Manifestar por medio del buzón PQRS de la UDS cuando se presenten situaciones en las que considere que el beneficiario o yo no estoy siendo respetado, o no me brindan buen trato.
7. Cuidar los recursos que la UDS pone a mi disposición y del beneficiario
8. Garantizar el bienestar físico y psicológico del beneficiario
9. Dar cumplimiento al horario de atención (3 Horas) con PUNTUALIDAD tanto al ingreso como a la salida
10. Presentar la excusa en caso de inasistencia (con 2 ausencias injustificadas se perderá el cupo en la UDS).
11. Recibir y facilitar al personal de la UDS la visita domiciliaria en caso que se requiera
12. Actualizar inmediatamente a la UDS los cambios de dirección de residencia del beneficiario y teléfonos de contacto.

En constancia firmo a los 02 días del mes de Febrero del 2026

Wt Stella B

Firma Responsable de la UDS

Yeraldin Garcia

Firma acudiente del beneficiario

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Cel.3115324719-3123641307



ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3
NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988

"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" VERSION 5 - 2022



SEGUIMIENTO A COMPROMISOS

DATOS DE LA UDS	
Nombre UDS	Agrupación enparalela
Modalidad	HCB (fami)
Código Cuéntame	500010001963
Contrato de aportes	50002532024
DATOS DEL BENEFICIARIO	
Nombres y apellidos del beneficiario	Emiliano Gutierrez
Fecha de firma de compromiso	0
Número de documento	1.12489246

SENSIBILIZACIÓN

Como padre, madre o cuidador, la responsabilidad es garantizar el cumplimiento de los derechos de las niñas y los niños, es por ello que desde la constitución política de Colombia en el N° 44 "Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos", adicional a ello, en el ejercicio de la implementación de la política de Cero A siempre, normada por la ley 1804 del 2016, referencia "Las acciones estratégicas lideradas por el Gobierno, que en corresponsabilidad con las familias y la sociedad, aseguran la protección integral y la garantía del goce efectivo de los derechos de la mujer en estado de embarazo y de los niños y niñas desde los cero (0) hasta los seis (6) años de edad." es por eso, que como unidad de servicio garantes de derechos, velamos y hacemos acompañamiento a las familias, con el fin que los niños puedan acceder a las atenciones que le ofrece el estado Colombiano, para que tenga un desarrollo integral y desarrolle sus potencialidades.

COMPROMISO

Yo _____
identificado(a) con _____ Número _____ expedido en _____
en calidad de usuario(a) _____ acudiente _____

ME COMPROMETO

A entregar en la UDS los documentos pendientes mencionados a continuación:

Documento pendiente	Fecha de cumplimiento

FIRMAS

Juz Stella B
Firma Responsable de la UDS

Yeralda Garcia
Firma acudiente del beneficiario



**ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR Y OTRAS
MODALIDADES DE ATENCIÓN Y MADRES COMUNITARIAS PORFIA 3**

NIT.800.143.122-6

Personería Jurídica 0001038 de 30 de Agosto de 1988

"Contribuyendo con amor a un futuro mejor" VERSION 5 – 2022



SEGUIMIENTO A COMPROMISOS

SEGUIMIENTO 1	
Fecha de seguimiento	
Firma de quien realiza el seguimiento	
Firma de quien adquiere el compromiso	
SEGUIMIENTO 2	
Fecha de seguimiento	
Firma de quien realiza el seguimiento	
Firma de quien adquiere el compromiso	
SEGUIMIENTO 3	
Fecha de seguimiento	
Firma de quien realiza el seguimiento	
Firma de quien adquiere el compromiso	
ACTIVACIÓN DE RUTA	
Fecha de activación de ruta	
Ente con quien se activa la ruta	
Firma de quien activa la ruta	

Mz 42 Casa 11 Etapa 2 La Madrid Cel.3115324719-3123641307

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

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Emiliana Gutierrez, identificado (a) con documento de identidad número 441909746, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

☒ Autorización	☐ Fotos	☐ Audios	☐ Videos	☐ Otros datos personales
--	--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---

Autorización - Uso imagen del titular:

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

☒ Autorización	☐ Fotos	☐ Audios	☐ Videos	☐ Otros datos personales
--	--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por HCB fami, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Aventura en pañales

Suscriben:

Firma: Yeraldin Garcia
 Nombre: Yeraldin Garcia
 Calidad - Titular: Representante legal
 Teléfono de contacto: _____
 Fecha: 01/09/2021
 Municipio: Vicivencia

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.



NUIP 1.121.989.246

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo 64262834

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradora ☒ Notaria ☐ Número ☐ Comandante ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código X C H

REGISTRADURIA DE VILLAVICENCIO - COLOMBIA - META - VILLAVICENCIO

Datos del inscrito

Primer Apellido GUTIERREZ Segundo Apellido GARCIA

EMILIANO

Fecha de nacimiento Año 2025 Mes SEP Día 17 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos Número certificado de nacido vivo 25095710314116

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

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 GARCIA PEDRAZA YERALDIN

Documento de identificación (Clase y número) SIN INFORMACION Nacionalidad 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 GUTIERREZ VARON WILMER ELIAS

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.121.864.178 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante Apellidos y nombres completos GUTIERREZ VARON WILMER ELIAS

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.121.864.178 Firma WILMER GUTIERREZ V.

Datos primer testigo Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Datos segunda testigo Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Fecha de inscripción

Año 2025 Mes OCT Día 10

Nombre y firma del funcionario que autoriza

SANDRA GARCIA V. LORENA GUEVARA M.

Reconocimiento paterno

WILMER GUTIERREZ V.

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

LORENA GUEVARA M.

ESPACIO PARA NOTAS

10.OCT.2025 - LIBRO DE VARIOS - T 55 F 0046.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

**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	1121989246
NOMBRES	EMILIANO
APELLIDOS	GUTIERREZ GARCIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	META
MUNICIPIO	VILLAVICENCIO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	17/09/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 05/30/2026 12:54:39 Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ CC
1.124.243.088



APellidos y Nombres

GARCIA PEDRAZA
HERALDO

Fecha y Lugar de Nacimiento

27-SEP-2007

SAN JUAN DE ARIAVA - META

Fecha de Expiración

09-OCT-2025

Sexo

FEMENINO

Lugar de Residencia

VILLAVICENCIO - AUXILIAR DE VILLAVICENCIO

Organismo Emisor

VILLAVICENCIO - AUXILIAR DE VILLAVICENCIO

- Escanee el código para verificar su autenticidad
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para renovar el documento a partir de la fecha de producción.



ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO
HASTA EL 09-ABR-2026

8518938568
09-OCT-2025

DESARROLLO

IDENTIFICACION: _____ IPS PORFIA

Powered by  CamScanner

Nombres y Apellidos:

Emiliano Gutierrez

Tipo identificación:

1121989246

No. ID:

Edad	Se protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	Se vacunó	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombres y apellidos del vacunado
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	10 9 25					
	Hepatitis B	Recién nacido	10 9 25	Serum	033m118 032340056			Rosa Snc
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	9 12 25	Bithoven	2428006A			
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	9 12 25	Serum	2854x041B			
	Hepatitis B	1ª	9 12 25	Serum	2854x041B			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1ª	9 12 25	Serum	2854x041B			
	Diarrrea por rotavirus	1ª	9 12 25	Serum	2854x041B			
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1ª	9 12 25	PFizer	AROLE1943E LK3152			
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	13 02 26	Bithoven	2435007A			
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	13 02 26	Serum	2854x041B			
	Hepatitis B	2ª	13 02 26	Serum	2854x041B			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2ª	13 02 26	Serum	2854x041B			
	Diarrrea por rotavirus	2ª	13 02 26	Serum	2854x041B			
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2ª	13 02 26	PFizer	AROLE1994A LK3152			
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	27 04 26	Bithoven	2522006A			
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	27 04 26	Serum	2855x002A			
	Hepatitis B	3ª	27 04 26	Serum	2855x002A			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3ª	27 04 26	Serum	2855x002A			
	Influenza estacional	1ª	27 04 26	Butantan	2855x002A			
7 meses	Influenza estacional	2ª	27 04 26	Butantan	2855x002A			
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª						
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo						
	Varicela	2ª						
	Hepatitis A	Única						
	Influenza estacional	Anual						
18 meses	Poliomielitis (VIP VOPb)	1ª refuerzo						
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1ª refuerzo						
	Fiebre amarilla	Única						
6 años	Poliomielitis (VIP VOPb)	2ª refuerzo						
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2ª refuerzo						
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª						
	Varicela	Refuerzo						
Niñas a partir de los 8 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª						
		2ª						
		3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis								

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.

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO				
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal	Alterado	
	Auditivo DEA/PEAA	Normal	Alterado	
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal	Alterado	
	Visual	Normal	Alterado	
	ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA			

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1ª entrega		
2ª entrega		
3ª entrega		

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

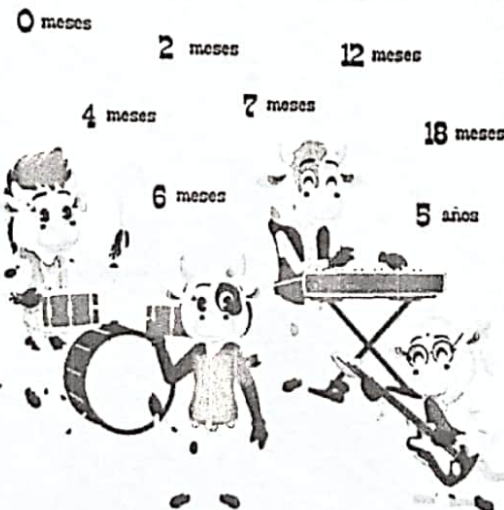
3 años		
4 años		
5 años		

*Menor o igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos,
garantiza la protección frente a enfermedades como:

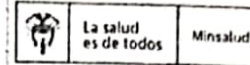
Tuberculosis meningea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

Edad de aplicación de las vacunas
a los niños y niñas menores de 6 años:



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)



Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Emiliano Gutierrez Garcia

Fecha de nacimiento: 17-9-25

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1121.989.246

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 2900 Talla: 52cm

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Yeroldin Garca

Municipio de residencia: Uuc

Departamento: roto

Busca ya
las vacunas
es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinsaludCol