Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

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

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

FECHA SOLICITUD CUPO: 28-03-2025 FECHA INGRESO: 1-04-2025

UDS: Mundo de Colores MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE: Thiago Gael Cantero Garcia

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1122344372

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 28-12-2023 EDAD: 1 año MUNICIPIO: Ptol Asis

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION DE RESIDENCIA: Vl. Maizal ESTRATO: uno ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: X NO: ¿CUAL?: D.I.M.F. MOTIVO DEL RETIRO: N/A.

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

EPS DEL PARTICIPANTE: Mallamas SUBSIDIADO: X CONTRIBUTIVO:

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

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

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

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

TIENE SISBEN: SI: __ NO: X PUNTAJE: N/A DESPLAZADO: SI: __ NO X

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: __ NO: X RED UNIDOS: SI: __ NO: X

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: X NO: __ CUAL: Awa

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Arnel Antonio Cantero Yanez

No. IDENTIFICACION: 1003063785 DIRECCION RESIDENCIA: Vl. Maizal

CELULAR: 3203876889 E.P.S: Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A.

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Lordy Marcela Garcia Guanga

No. IDENTIFICACION: 1087132359 DIRECCION RESIDENCIA: Vl. Maizal

CELULAR: 3203876889 E.P.S: Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A.

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: N/A

NUMERO IDENTIFICACION: N/A CELULAR: N/A

DIRECCION: N/A PARENTESCO: N/A

Lordy Marcela Garcia Guanga
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.372

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63700368

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] | Notaría [ ] | Número [ ] | Consulado [ ] | Corregimiento [ ] | Inspección de Policía [ ] | Código X 6 Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CANTERO	GARCIA

Nombre(s): THIAGO GAEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes DIC Día 28	MASCULINO		

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	231280108024O2

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 GUANGA LORDY MARCELA~~

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.081.132.359	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: CANTERO YANEZ ARNEL ANTONIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
~~CC 1.003.063.785~~	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ~~GARCIA GUANGA LORDY MARCELA~~

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
~~CC 1.081.132.359~~	Lordi Marcela Garcia

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 2024 Mes ENE Día 22	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
ARNEL ANTONIO CANTERO YANEZ Firma	Nombre y firma

22.ENE.2024 - LIBRO DE VARIOS - NO. 005

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

-63700368-

Adhesivo Copia Registro Civil
35416142-2

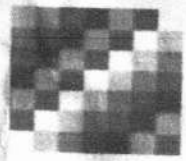
ESTA REPRODUCCION FOTOMECANICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA

San Miguel (La Dorada) - Putumayo, 22 de enero de 2024
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES.

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador Municipal del Estado Civil

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE NARIÑO
MUNICIPIO DE IPIALES
CORREGIMIENTO COFANIA DE SUCUMBIOS
RESGUARDO ISHU AWA
RESOLUCION 273 DEL 31 DE ENERO 2012
NIT 900835337-5



EL SUSCRITO GOBERNADOR DEL RESGUARDO INDIGENA **ISHU AWA**, DE IPIALES NARIÑO, en su uso de sus atribuciones constitucionales de 1991 y en especial la ley 89 de 1890.

HACE CONSTAR:

Que, **THIAGO GAEL CANTERO GARCIA,** identificado con registro civil numero 1.122.344.372, expedida en La Dorada Putumayo, pertenece al Resguardo **ISHU AWA**, Jardines de Sucumbíos, Municipio de Ipiales – Nariño y se encuentra debidamente registrado en el censo que reposa en El Ministerio del Interior, además conserva su identidad cultural y social del pueblo **INKAL AWA (SINDAWA).**

La presente se expide a petición del interesado para asuntos que considere pertinentes y en constancia se firma en la casa cabildo indígena a los diecinueve (19) días del mes de abril del año 2025.

Anibal Guanga.

ANIBAL GUANGA ORTIZ
C.C.No. 1.006.848.581 de Orito Putumayo
Autoridad Tradicional

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122344372
NOMBRES	THIAGO GAEL
APELLIDOS	CANTERO GARCIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	29/12/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/21/2025 21:43:33	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".

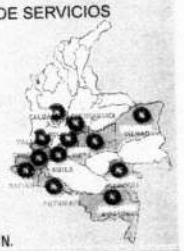
Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD INDIGENA "MALLAMAS EPS-I"

Personería Jurídica No. 0017 de 2001 del Ministerio del Interior - DGAI

POR SER INDIGENA EL PORTADOR DE ESTE CARNE
NO DEBERA PAGAR COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS

VALIDO UNICAMENTE EN LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS AUTORIZADO POR MALLAMAS



SEGUNDO GIBARDO TAPIE A.
GERENTE MALLAMAS EPS-I

ESTE CARNE ES DE USO PERSONAL E INTRASFERIBLE

www.mallamaseps.com.co
E-MAIL: Contactenos@mallamaseps.Com.Co
LINEA SALUDABLE 01800-913701/7733376 IPIALES N.

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS
E.P.S - INDIGENA
MALLAMAS
El Autocuidado en salud Para Un Buen Vivir !

CANTERO GARCIA THIAGO GAEL
Nombres y Apellidos Completos
Doc. Identificación: RC 1122344372 Género: M
Fecha Nacimiento: 28/12/2023 Nivel Sisben:
Fecha Afiliación: 28/12/2023 Discapacidad: NA - N
Vigencia: INDEFINIDO | Carnet N°: **867570000566461**
Dirección: VEREDA EL MAIZAL
Ips Primaria: ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - PRINCIPAL



CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Thiago Gael	Apellidos: Cantero Garcia
Fecha de nacimiento: 28 (DIA) diciembre (MES) 2023 (AÑO)	Historia Clínica: 1122344372
Barrio/Vereda: El Maizal	Responsable del niño: Lordy Mareda Garcia
Teléfono: 3203876889.	EPS: Mallamas

CONDICIONES DEL NIÑO(A) AL NACER

Necesidad de reanimación: SI ☒ NO ☐

APAGAR al minuto:_____ APAGAR a los 5 minutos:_____

Peso: 2524g Talla: 46cm Perímetro Cefálico: _____

Ictericia: _____ Antes de 24 horas: _____ Después de 72 horas: _____

¿Estuvo en fototerapia? SI ☒ NO ☐ ¿Dónde?_____

Grupo sanguíneo: "O" Positivo

Perímetro braquial

¿Estuvo hospitalizado? SI ✓ NO

¿Dónde? *UCI ✓ **JCE CUNA

¿Cuánto tiempo? 9 días

Diagnostico: _____

TSH: _____ Resultado: _____

ANTES DE SALIR DE LA CLÍNICA

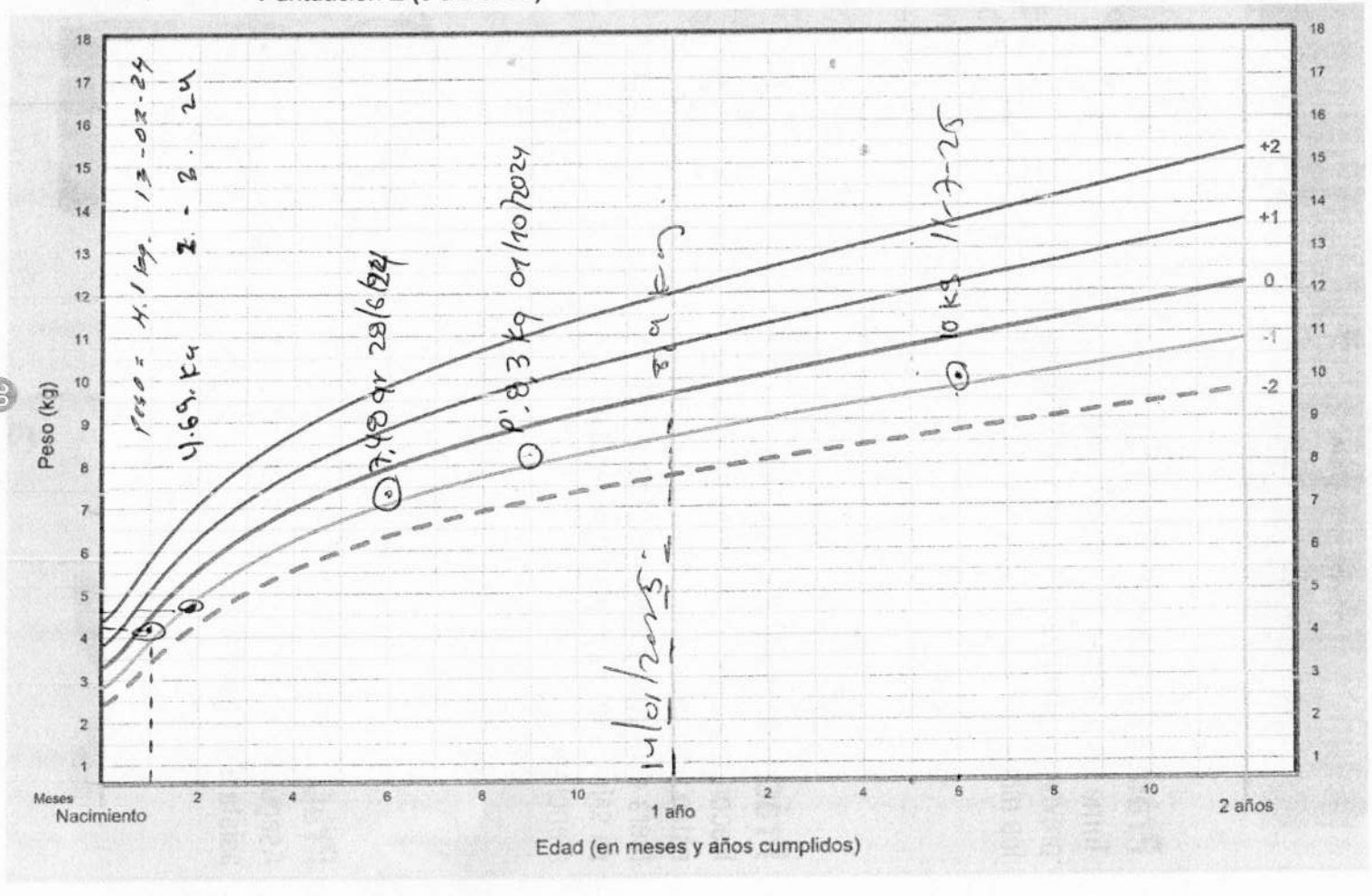
¿Le aplicaron las vacunas? SI ✓ NO

¿A qué tiempo de nacimiento comenzó la lactancia materna?

Antes de la hora	SI	NO
Después de la hora	SI	NO
Antes de salir de la clínica	SI	NO

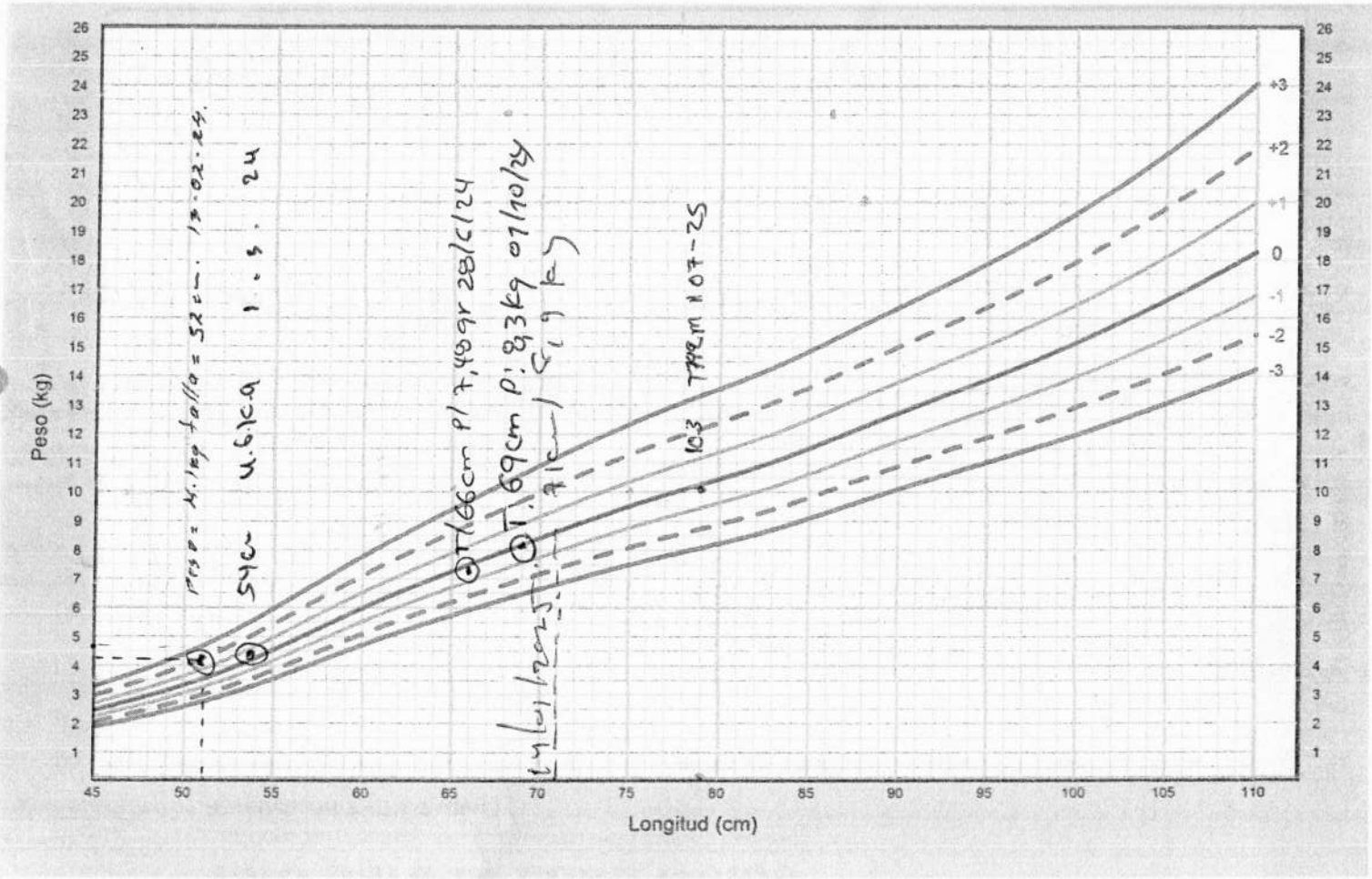
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



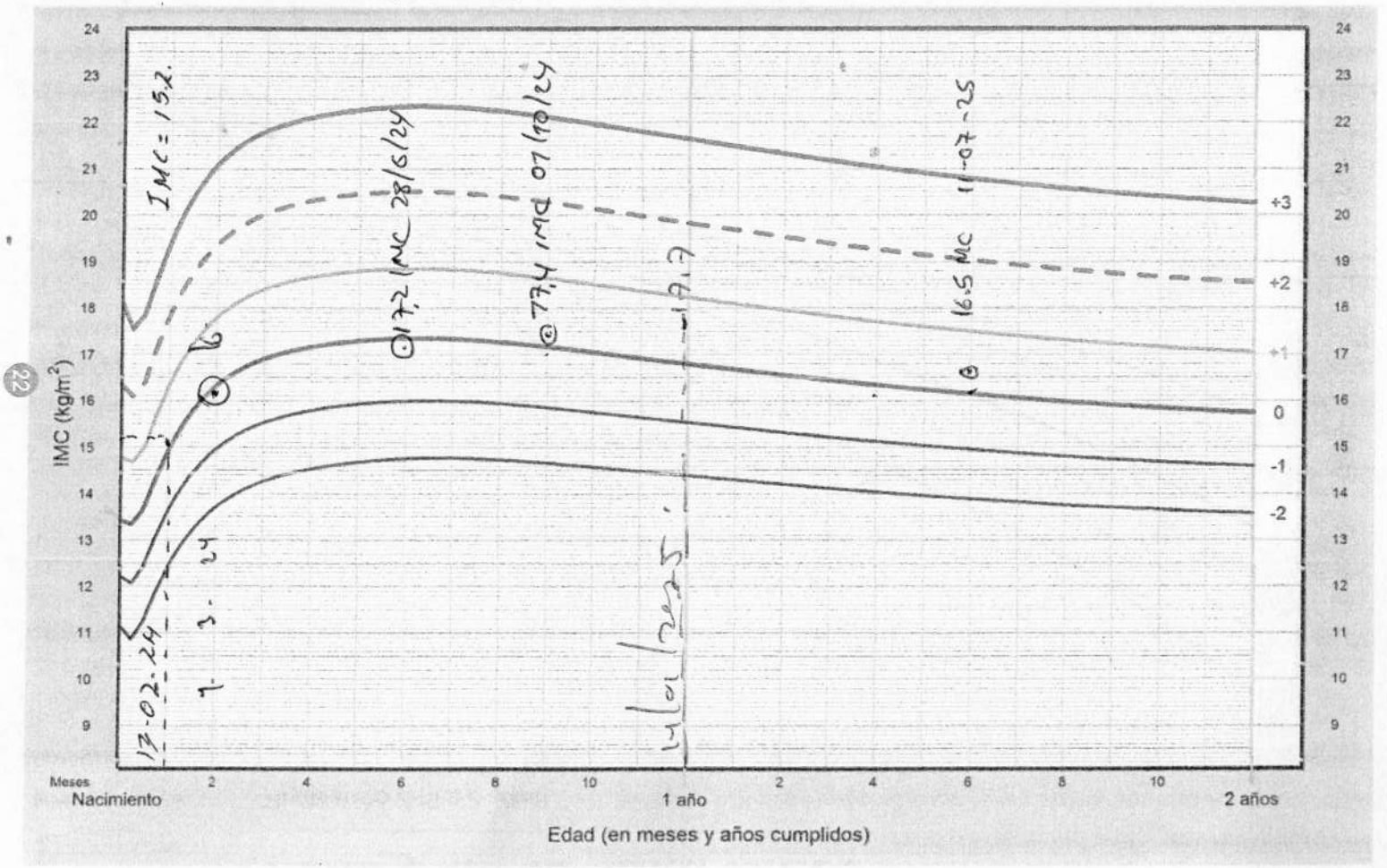
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



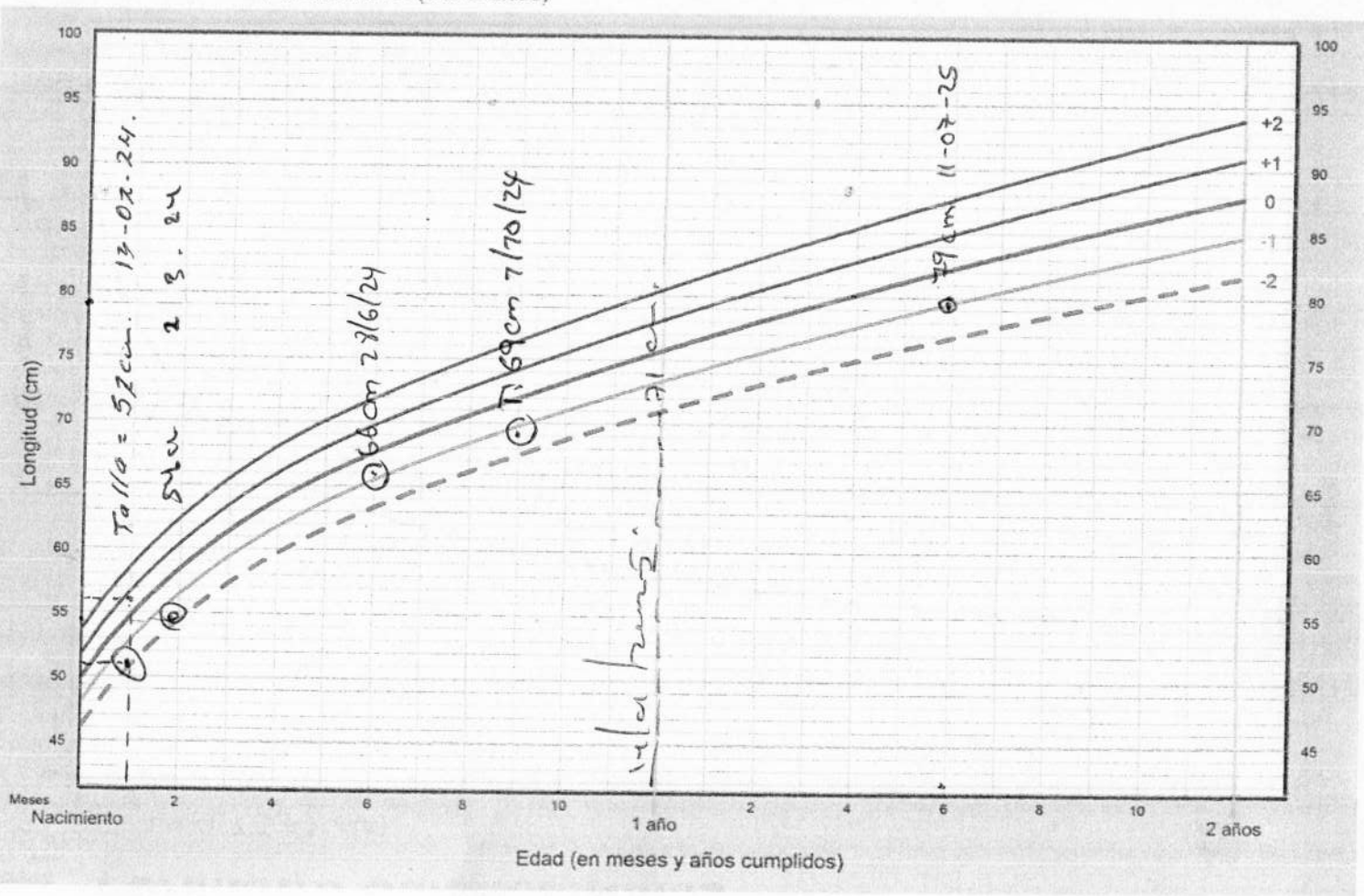
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



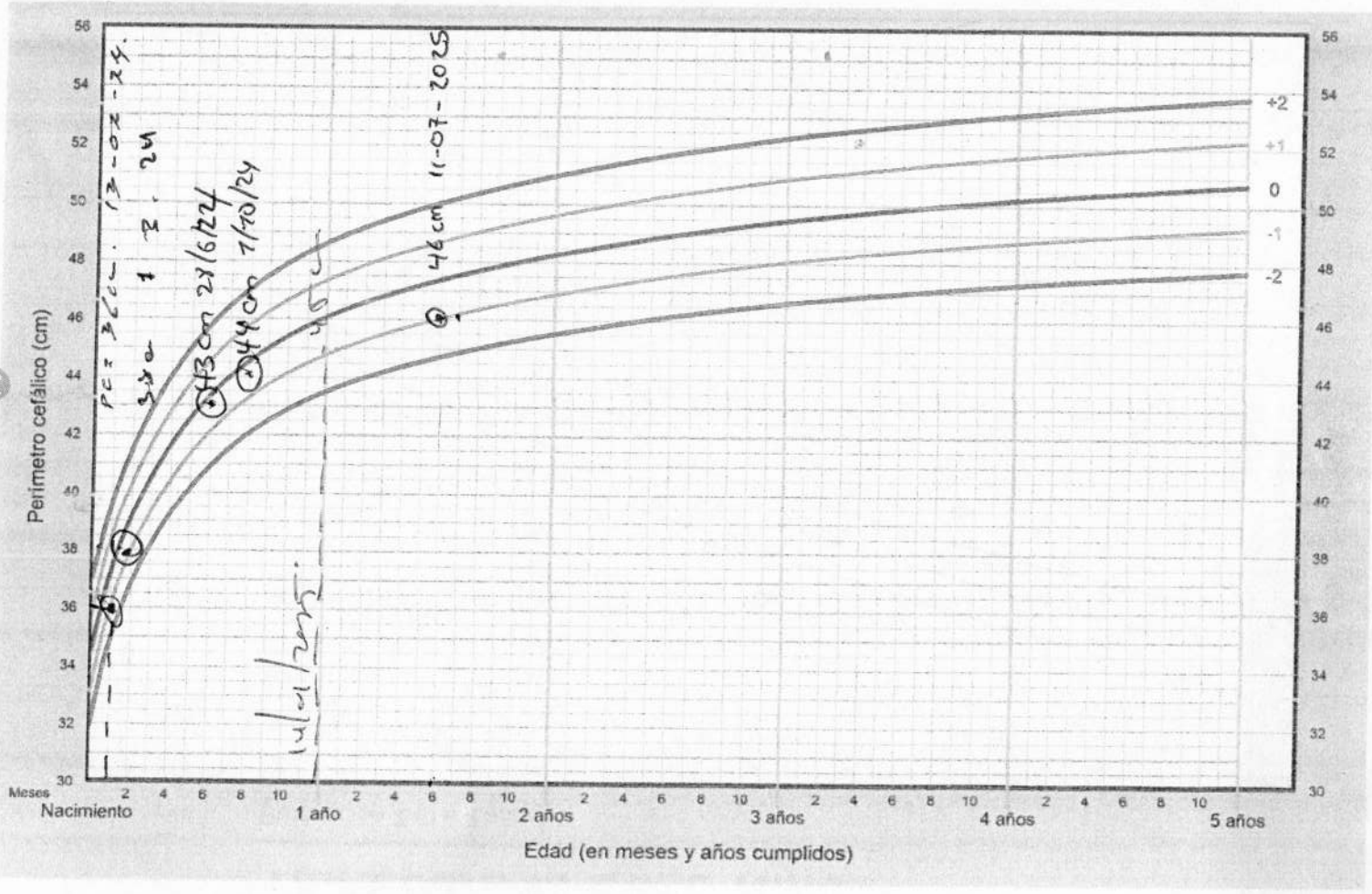
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
13	febrero	2024	Médico	Si	
29	febrero	2024	Enf.	Si	
01	Junio	2024	Medico		
28	Junio	2024	ENF	Sandra Milena Castañeda Enfermera	
28	Sep	2024	ENF	Si 6059514768	
28	Diciem	2024	Medico		X
14	01	2025		/	
30	06	2025			
11	07	2025	ENFE	Si Milena C	
28	12	2025	Medico	Cita	

15
R/V

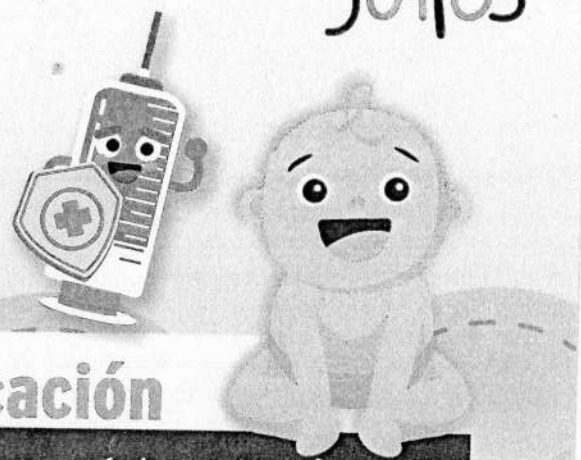
líneas de contacto



Línea Fija Bogotá: 6444507
Línea gratuita de atención Nacional: 018000958020

AstraZeneca Colombia SAS
Axa Asistencia IPS S.A.S. - Tel: 646 2828 ext. 1141203 CLL 102 # 17A - 61
mación que contiene este material es únicamente de carácter informativo, no pretende influenciar la prescripción o consumo
licamento y no reemplaza la consulta a un profesional de la salud para el diagnóstico o tratamiento de ningún síntoma o enfermedad.
Material educativo dirigido a pacientes. Usted está recibiendo esta información porque ha sido prescrito
por su médico tratante con un producto de AstraZeneca.
: de data privacy: https://www.astrazeneca.co/politica-de-privacidad-colombia.html Fecha prep: 06-2022 Matprom: CO-8355

Conectando Juntos



Citas de aplicación

Asista al **control mensual** de su bebé para que reciba la **inmunización contra el Virus Sincitial Respiratorio (VSR)**

La **frecuencia de aplicación** de esta inmunización es **mensual,** durante el tiempo que el médico tratante considere necesario.

Su bebé será pesado antes de la aplicación. Esto es importante, ya que el peso de su bebé determina la **dosis de medicamento.**

Si va a cambiar el número de teléfono o de dirección **notifíqueio al programa canguro o a su especialista tratante** tan pronto como sea posible. Así será mas fácil comunicarse con usted para las próximas citas.



Medicamento: Palivizumab. 100mg/mL

Nombres y Apellidos: Hijo de lordy Marcela Guar

Número de identificación: 31280108024O2 **Fecha de nacimiento:**

Nombre de acudiente: lordy Garcia **Número de contacto:**

Institución: HACP

Dósis	Fecha	Peso (g)	Lote / Fecha VTO	Responsable
1	18/1/24	2555gr	3944481 04-25	HACP
2	11-03-24	5110gr	399083 05-2025.	Trunb.
3				
4				
5				

16
R/V

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

	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio		Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién Nacido						Lactancia materna exclusiva		Si ☐ No ☐					
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	28	12	23	Serum	0	3 7 2 M A 0 5 2	H.A.C-P				
	Hepatitis B	Recién nacido	28	12	23	Serum	0	3 2 3 Q 0 0 5 F	H.A.C-P	28-	02-	2024	Carolina O.
2 meses						Lactancia materna exclusiva		Si ☐ No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	1ª	01	03	24	Biological	2	2 3 4 0 0 5					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	01	03	24	Serum	2	8 5 2 X 0 0 3 A	E.S.E				
Pentavalente	Hepatitis B	1ª	01	03	24	Serum	2	8 5 2 X 0 0 3 A	H.F.L.D.				
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	01	03	24	Serum	2	8 5 2 X 0 0 3 A					Kerly Jiménez
	Diarrea por rotavirus	1ª	01	03	24	GSK	A	R 0 1 0 7 5 0 AA					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	01	03	24	Pfizer	F	4 9 9 2 5					
4 meses						Lactancia materna exclusiva		Si ☐ No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	2ª	02	05	24	Biologicals	2	2 3 3 0 0 5					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	02	05	24	Serum	2	8 5 2 X 0 1 1 A	ESE	CITA:			
Pentavalente	Hepatitis B	2ª	02	05	24	Serum	2	8 5 2 X 0 1 1 A	HFLD	01-Mayo			
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	02	05	24	Serum	2	8 5 2 X 0 1 1 A		2024			Eduard Ipial
	Diarrea por rotavirus	2ª	02	05	24	GSK	A	R 0 1 0 7 5 0 AA					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	02	05	24	Pfizer	F	4 9 9 2 5					
6 meses						Lactancia materna exclusiva		Si ☐ No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	3ª	03	07	24	Biological	2	2 3 9 0 0 1					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	03	07	24	Serum	2	8 5 2 X 0 1 4 B	ESE	Cita			
Pentavalente	Hepatitis B	3ª	03	07	24	Serum	2	8 5 2 X 0 1 4 B	HFLD.	02/julio/24			Kerly Jiménez
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	03	07	24	Serum	2	8 5 2 X 0 1 4 B					
	Influenza estacional	1ª	03	07	24	Butantan	2	4 0 0 9 7 9 1 0 0	HFLD				Kerly Jiménez
7 meses	Influenza estacional	2ª	03	08	24	Butantan	2	4 0 0 9 7 9 1 0 0	HFLD				Kerly Jiménez
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	10	01	25	Serum	0	1 3 2 N 0 7 4 A					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	10	01	25	Pfizer	G	X 1 9 1 2	HFLD	CITA:			
	Varicela	1ª	10	01	25	Merck	X	0 2 7 6 1 2		28-DIC-24			Kerly Jiménez
	Hepatitis A	Única	10	01	25	MSD	2	0 2 2 7 0 4 5					
	*Influenza estacional	Anual	13	05	25	Sequirus	P	1 0 0 7 9 2 5 94	HFID				
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	03	07	25	Biological	2	4 0 6 0 0 1	HFID	CITA:			Kerly Jiménez
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo	03	07	25	Serum	2	8 5 3 X 0 2 0 C		03-JULIO-25			Kerly Jiménez
	**Fiebre Amarilla	Única	10	01	25	FIOCRZ	2	3 1 V F C 0 0 5 2	HFID				Kerly Jiménez
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	03	07	25	Serum	0	1 3 2 N 0 7 4 A	HFID				
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo								CITA:			
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo								A los 5 años			
	Varicela	Refuerzo											
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª											
		2ª											
		3ª											
Sin rango de edad	Covid-19	1ª											
		2ª											
		1er Refuerzo											
		2do Refuerzo											
Vacunas complementarias y otras dosis													

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

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Thiago Gael Cantero García

Tipo de Documento: RC [X] TI [ ] OTRO [ ] — No. de Documento: 1.122.344.372

Fecha de Nacimiento: 28 | 12 | 2023

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 2625 Talla: 46

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Lordy Marcela García

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

CC: 1.031.132.359

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

Edad	Fecha: Día	Fecha: Mes	Fecha: Año	Valoración Nutricional: Peso	Valoración Nutricional: Talla	Puntuación Z	Atención en salud por
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

	D	M	A
1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

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

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

	D	M	A	D	M	A
1.ª entrega						
2.ª entrega						
3.ª entrega						
4.ª entrega						
5.ª entrega						

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

	SI*	NO*
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, **H**epatitis B, **P**oliomielitis, **M**eningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus Influenzae tipo B, **D**ifteria, **T**osferina, **T**étanos, **D**iarrea por rotavirus; **N**eumonía, **O**titis, **M**eningitis bacteriemia causada por Neumococo, **E**nfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, **S**arampión, **R**ubéola, **P**arotiditis, **V**aricela, **H**epatitis A, **F**iebre Amarilla y **V**irus del Papiloma Humano.

1122344372

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

17
R/V

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 12 MES 05 AÑO 2025 HORA: 9.10 a.m

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Thiago Gael APELLIDOS Cantero Garcia.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.344.372.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 28 MES: 12 AÑO: 2023 / EDAD: 1, años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas

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

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación. Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

[redacted]OS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

Miedo a la reacción

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguno. Primera dosis [ ] Segunda dosis [ ] dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

[redacted]vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 días postparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual deberá presentar al momento de la vacunación certificación que acredite tal evaluación.

La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte en la gestante y el feto por SARS CoV-2 COVID-19

A la fecha no hay pruebas que la vacuna cause efectos adversos importantes para la mujer embarazada, el feto o la placenta, además de los ya observados para la población general

A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar el biológico, sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-Co-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortabilidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

Soy mujer con más de 12 semanas de gestación o durante los 40 días postparto: SI ☐ NO ☐ y en caso afirmativo aporto certificación del médico tratante que acredita evaluación clínica para que obre adjunto a este consentimiento, requisito indispensable para recibir la vacuna.

En consecuencia, decido **ACEPTAR:** ☐ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** ☒ que se me aplique la vacuna

Firma de la persona: x Lordi Marcela Garcia

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

Nombres Lordy Marcela Apellidos Garcia Guanga

Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.081.132.359.

Firma: x Lordi Marcela Garcia

En caso de requerirse firma a ruego:

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

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Kerly Jimenez

Firma Kerly Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.075.682.134

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): ESE

DEPARTAMENTO/DISTRITO: putumayo MUNICIPIO: San Miguel

Nota 1: Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal
Nota 2: Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o su representante legal

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.003.063.785
CANTERO YANEZ
APELLIDOS
ARNEL ANTONIO
NOMBRES

ARNEL Antonio Cantero
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-DIC-1999
LORICA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
06-DIC-2017 CAREPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-0108000-01267686-M-1003063785-20211120 00766 16772A 1 9917622140



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.081.132.359
GARCIA GUANGA
APELLIDOS
LORDY MARCELA
NOMBRES

Lordi Marcela Garcia G
FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 07-JUL-1996
BARBACOAS
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
16-JUL-2014 IPIALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2306700-00753618-F-1081132359-20151007 0046807137A 1 43009398

HOSPITAL FRONTERIZO DORADA

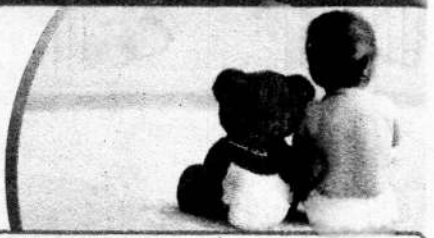
GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Thiago Gael Cantero G.

Doc. de identidad: 1122344372 EPS: Mallamas

Teléfono: 3203876889 Domicilio: V/ Maizal

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
	5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A
ción recibido por médico													
alud por medicina general					16-07-24 17-01-25								
alud por enfermería													
alud bucal por odontología													
apoyo de la lactancia manterna													
barniz de fluor							14-05-2025 14-Nov-2025						
moción de placa bacteriana													
sellantes (según criterio)													

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600493-2011

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) o AÑOS (A)
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico	
		Atención en salud por medicina general	
		Atención en salud por enfermería	
		Atención en salud bucal por odontología	
		Promoción y apoyo de la lactancia materna	
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor	
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana	
		Aplicación de selladores (según criterio)	
		Vacunación	

16-07-24
17-01-25

14-05-2025
14 nov 2025

17-11-2025
17-mar-2026

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8500493-2011

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Lordy Marcela García Guanga Identificado con C.C N° 1081132359 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Thiago Gael Cantor García o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mundo de Colores, me comprometo a cumplir con los siguientes lineamientos:

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

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

Lordy Marcela Garcia
Madre o Acudiente
C.C 1081132359

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

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Thiago Gael Cantero García, identificado (a) con documento de identidad número 1122344372, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	x	Audios	x	Videos	x	Otros datos personales	x

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Lordi Marcela Garcia, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1081132359, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	x	Audios	x	Videos	x	Otros datos personales	x

La autorización comprende:

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

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

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

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

Suscriben:

Firma: Lordi Marcela Garcia. G.
Nombre: Lordi Marcela Garcia
Calidad - Titular: xx Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3203876889
Fecha: 01-04-2025
Municipio: San Miguel

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.