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,

PUBLICA

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

FECHA SOLICITUD CUPO: 18/04/2025 FECHA INGRESO: 24/04/2025

UDS: Cristales del Sol MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Luciana Monterrosa Canticus

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ NUIP No. 1122344581

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 11/04/2025 EDAD: 1 M. MUNICIPIO: Puerto Asis

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: Cabildo Cristalina 2 ESTRATO: 0 ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: ___ NO: X

¿CUAL?: N/A 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: Pueblo Awa.

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Gustavo Adolfo Monterrosa Martinez

No. IDENTIFICACION: 1045427872 DIRECCION RESIDENCIA: Cristalina 2

CELULAR: 3223230337 E.P.S: Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: bachiller PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carmen Matilde Canticus Guanga

No. IDENTIFICACION: 1122338257 DIRECCION RESIDENCIA: Cristalina 2

CELULAR: 3223230337 E.P.S: Mallamas.

OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Carmen Matilde Canticus G.

NUMERO IDENTIFICACION: 1122338257 CELULAR: 3223230337

DIRECCION: Cristalina 2 PARENTESCO: Madre

Matild. C

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.581

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61697966

61697966

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] 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
MONTERROSA	CANTICUS

Nombre(s): LUCIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes ABR Día 11	FEMENINO	O	POSITIVO

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	250427101189 64

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el pragenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: CANTICUS GUANGA CARMEN MATILDE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.338.257	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el pragenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: MONTERROSA MARTINEZ GUSTAVO ADOLFO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.045.427.872	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CANTICUS GUANGA CARMEN MATILDE

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.338.257	Carmen Canticus

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2025 Mes ABR Día 22	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Gustavo Monterroza Firma	Nombre y firma

22-ABR-2025 LIBRO DE VARIOS - 202 - 22/04/2025

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil
38622434-0

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

KAYSA SU

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PÙTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
IRAK LA CRISTALINA II
NIT: 846002008-7

Libertad y Orden

EL SUSCRITO GOBERNADOR DEL RESGUARDO INDIGENA SEGÚN CONCEPTO PREVIO DE LA DIRECCION DE ASUNTOS INDIGENAS DE BOGOTA D. C DE LA FECHA 17 DE MARZO DEL 2005 IRAK CRISTALINA II EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES, CONSTITUCIONALES Y EN ESPECIAL LAS CONFERIDAS POR LA LEY 89 DE 1890 Y LEY 21 DE 1991

HACE CONSTAR

Que: Luciana Monterrosa Canticus quien se identifica con CC___ TI ___ RC X No 1122344581 de San Miguel, pertenece a la comunidad indígena del resguardo Irak cristalina II del pueblo AWA del municipio de San Miguel (La Dorada Putumayo), que reposa ante el ministerio del interior.

Se expide por solicitud del interesado para llevar a cabo trámites correspondientes al programa **DE CERO A SIEMPRE**, y es válido desde su fecha de expedición hasta el 31 de diciembre del 2025.

Para constancia de lo anterior se firma a los 08 días del mes de 05 del año 2025.

Carlos Abimelec Nastacuas B

CARLOS ABIMELEC NASTACUAS BISBICUS
CC: 97.445.647 SAN MIGUEL (LA DORADA) PUTUMAYO
GOBERNADOR 2025

Correo: carlos123nastacuas@gmail.com **cel: 3188846326**

5

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	1122344581
NOMBRES	LUCIANA
APELLIDOS	MONTERROSA CANTICUS
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	13/04/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/01/2025 17:06:28	**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

6

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS "El autocuidado en salud para un buen vivir"	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN	CÓDIGO: AS-FR-008 VERSIÓN: 02 Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**MONTERROSA CANTICUS LUCIANA**
Identificación:	**RC: 1122344581**
Municipio:	**SAN MIGUEL**
Nivel Sisben:	
IPS Asignada:	**ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - PRINCIPAL**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2025-04-11**
Regimen:	**Subsidiado**
Condición Discapacidad:	**N**
Tipo Discapacidad:	**NA**
Tipo Afiliación:	**SAT Res. 768 de 2018**
Nivel :	

Observación :

Dada el jueves, 8 de mayo de 2025

Cordialmente

SANDRA LILIANA PANTOJA PASCAL

Certficación Válida 7 Días únicamente para Servicios de Salud
E.P.S INDIGENA MALLAMAS
Carrrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726
aseguramiento@mallamaseps.com

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:

Luciana

Apellidos:

Monterrosa Canticos

Fecha de nacimiento:

11 04 2025

Historia Clínica:

1122344581

Barrio / Vereda:

Cabilda la cristalina II

Responsable del niño (a):

Carmen Canticus

Teléfono:

3223230337

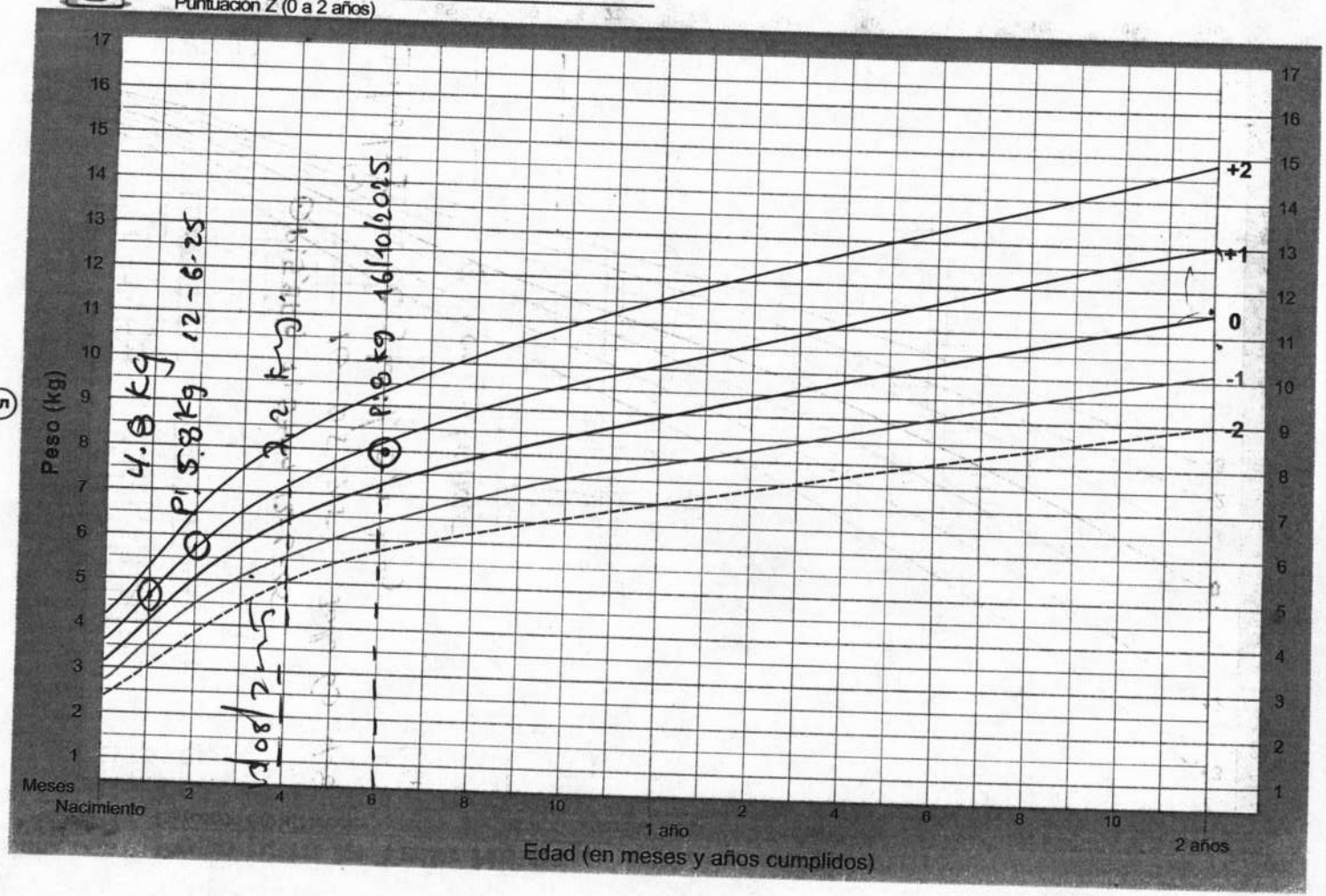
EPS:

Mallamas



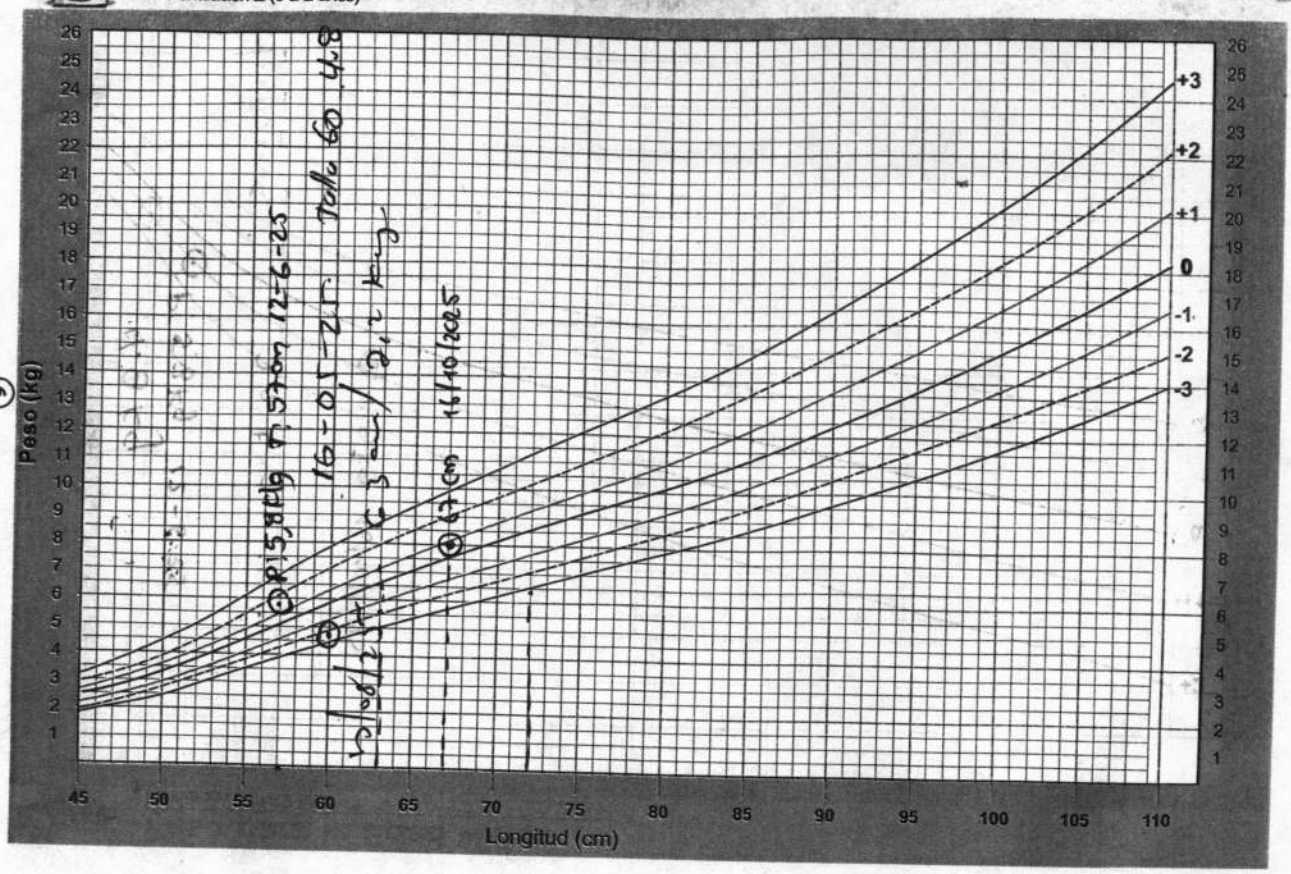
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



(5)

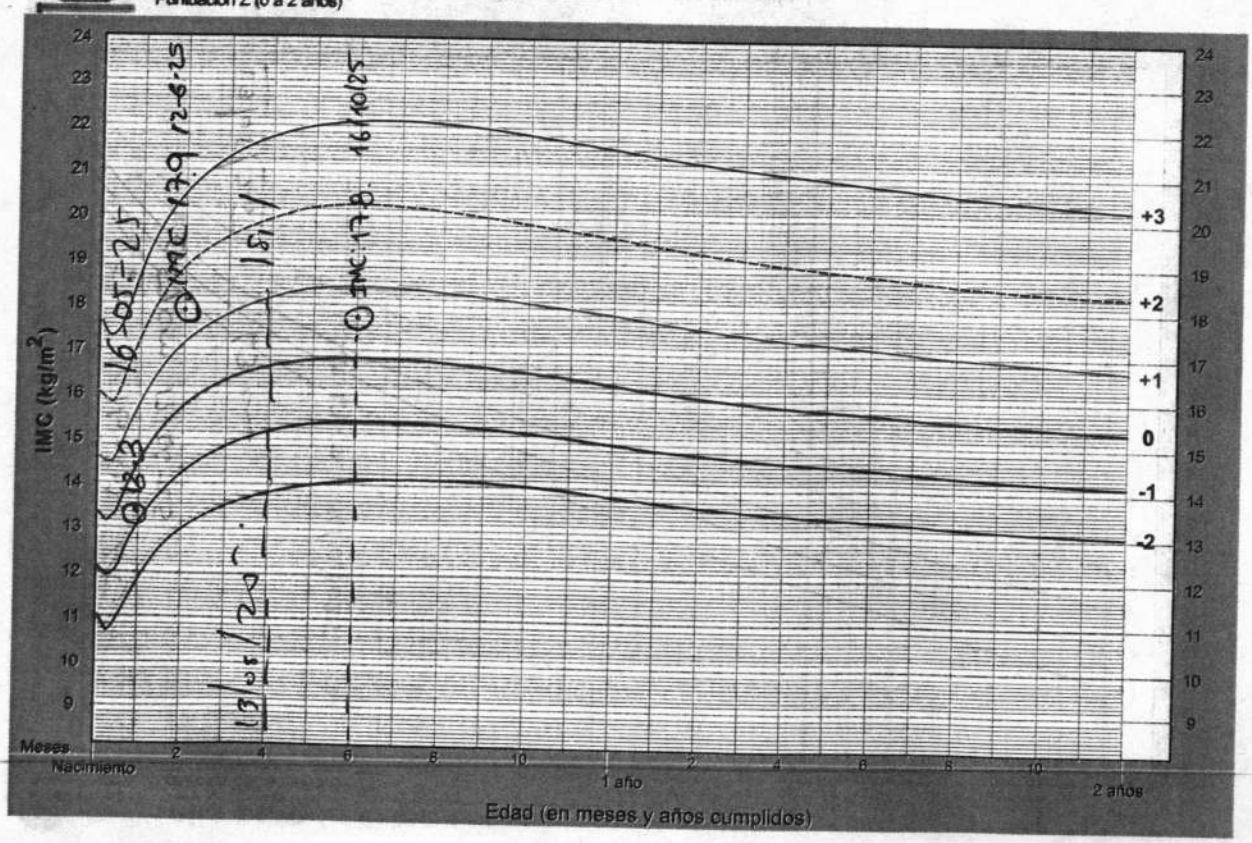
Puntuación Z (0 a 2 años)



⑨ ⊙ 15,8 kg 57cm 12-6-25 16-10-25 ... Talla 69 cm 4/3 ... 5,7 kg 63 cm 16/10/2025

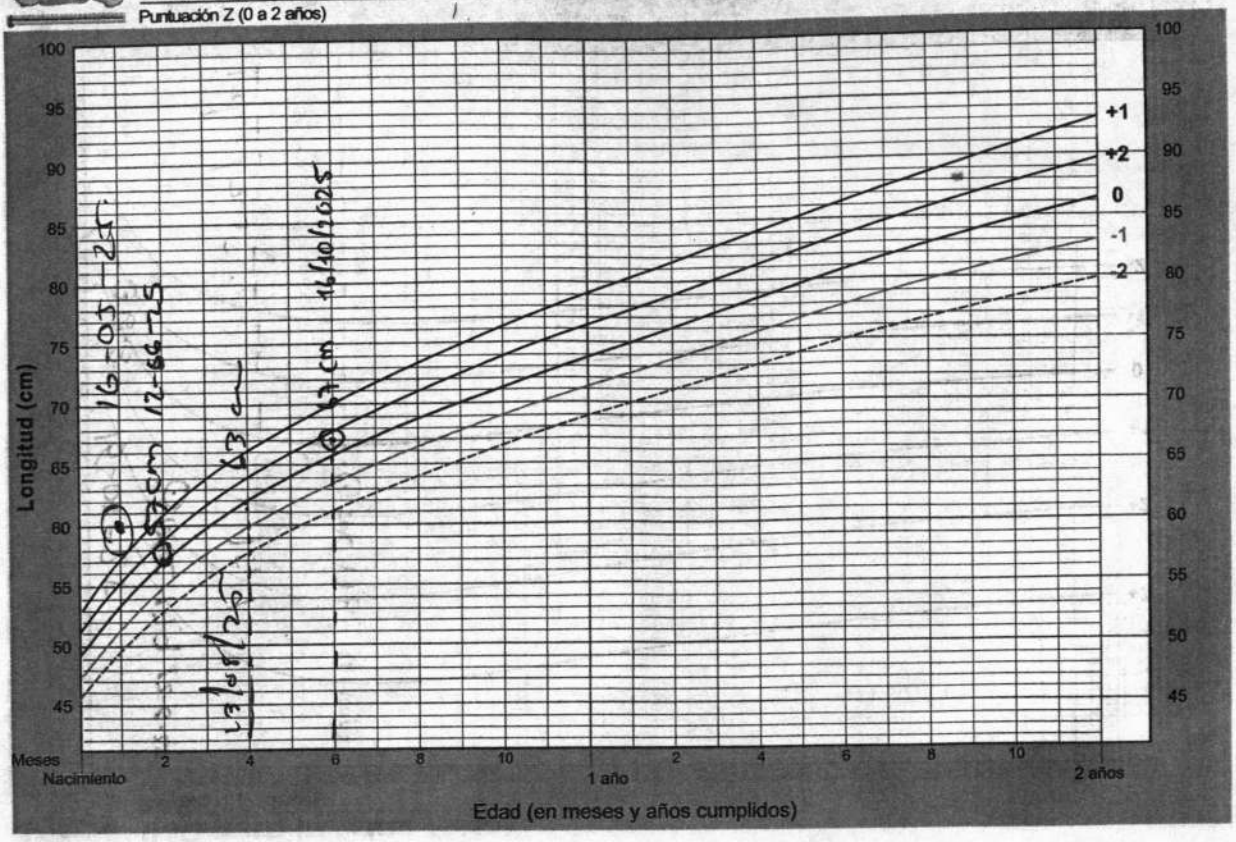
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



① 16-05-25 ⊙ IMC 17,9 12-6-25 ⊙ IMC 17,8 16/10/25 ... 13/25 / 20 ...

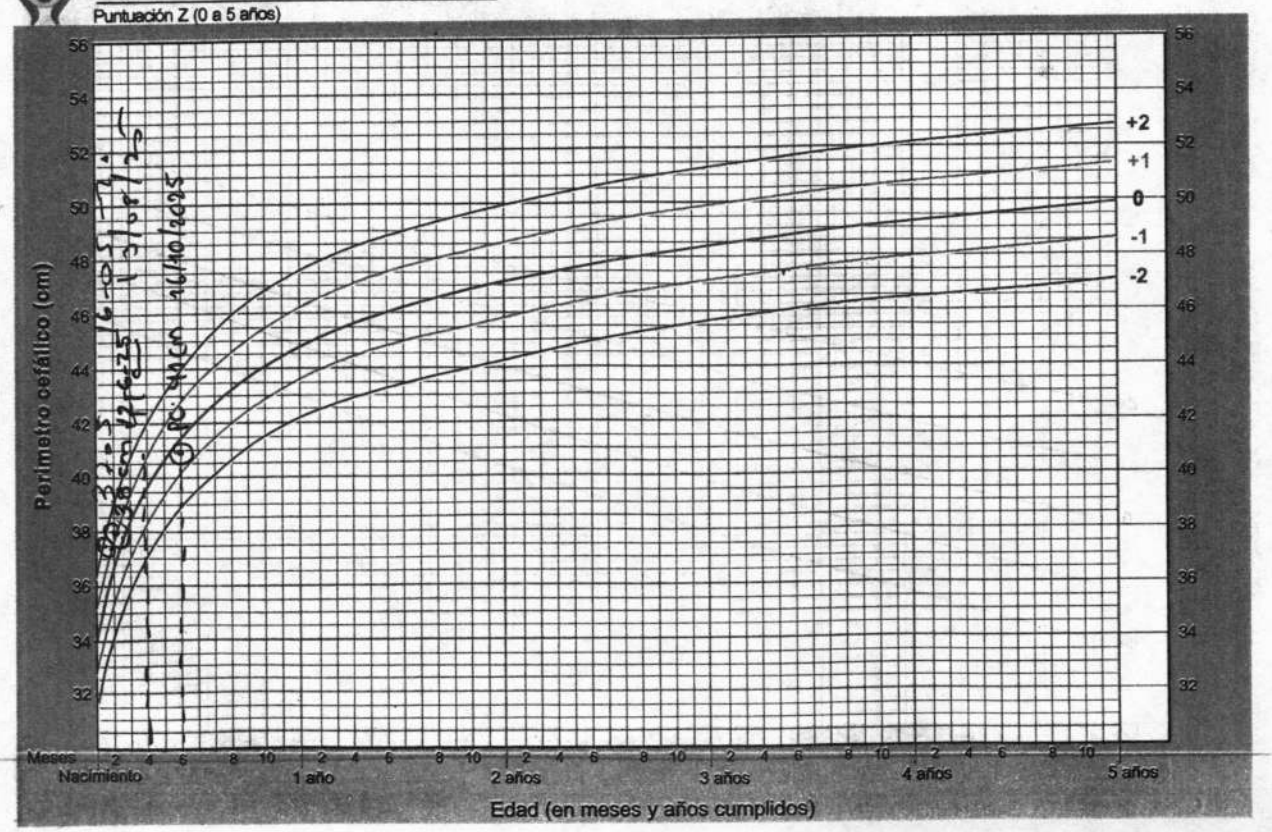
Puntuación Z (0 a 2 años)



⑧

Perímetro cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



⑥

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
16-05-25	4.8	60	47.5	12	13.3	11-06-25	
12-06-2025	5.8	57	48	14	17.9	11-08-2025	
13/05/25	7.2	63	41	15	18.1	13/10/25	
16/10/2025	8 kg	67	41	15	17.8	11/01/2026	

ENFERMERA PROFESIONAL
C.C.1094929731

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
16	05	2025		✓	
19	06	2025	Jefe	Si Milena C.	
17	Agosto	2025	Medico	Cita	✓
13	08	25	Psi		
13	10	25	Enf	✓	
11	01	26	Mh.		

13
R/V

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardipopatia 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

1. entrega			
2. entrega			
3. entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1° entrega			
2° entrega			
3° entrega			
4° entrega			
5° entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

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 meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus inflenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia 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:

0 meses

2 meses

4 meses

6 meses

7 meses

12 meses

18 meses

5 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)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Luciana Monterrosa Canticus

Fecha de nacimiento: 11-Abr-25.

N° de certificado de nacido vivo: 25042710118964

Registro civil: 1.122.344.581

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: O+.

Peso al nacer: 3440.

Dirección: V [illegible] Cristianos

Teléfono 1: 322 323 [illegible]37

Teléfono 2:

Responsable: Carmen Matilde Canticus.

Municipio de residencia: San Miguel.

Departamento: Putumayo.

Busca ya las vacunas
¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: **Tipo identificación:** **No. ID:**

Edad	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 ☐						
	Tubercolosis meningea (BCG)	Única	12	Abr	25	SERUM	03738AA117	HOSP. PASTO				Nyda Zapata
	Hepatitis B	Recien nacido	12	Abr	25	SERUM	03238AC	H local. PASTO				Nyda Zapata
						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	12	06	25	Biologicals	240600 1					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	1.ª	12	06	25	Serum	28534X0200					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	12	06	25	Serum	28534X020C					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	12	06	25	Serum	28534X020C					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	12	06	25	GSK	ARO1E054AA					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	12	06	25	PFIZER	HJ5277					
						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	13	08	25	Biologicals	241230 03					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	13	08	25	Serum	28534X013E					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	13	08	25	Serum	28534X013E					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	13	08	25	Serum	28534X013E					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	13	09	25	GSK	ARO1E075AA					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	13	08	25	PFIZER	HJ2963					
						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	16	OCT	2025	BIOLOGICAL	241300 3					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	3.ª	16	OCT	2025	SERUM	28534X063E					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	16	OCT	2025	SERUM	28534X013E					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	16	OCT	2025	SERUM	28534X013E					
	Influenza estacional	1.ª	16	OCT	2025	SEQUIRUS	P1007A9249					
7 meses	Influenza estacional	2.ª	14	NOV	2025	SEQUIRUS	P1007A9249					Isabel A.
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª										
12 meses	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo										
	Varicela	2.ª										
	Hepatitis A	Única										
	Influenza estacional	Anual										
	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd☐)	1.ª Refuerzo										
18 meses	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª Refuerzo										
	Fiebre amarilla	Única										
	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd☐)	2. ª Refuerzo										
5 años	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2. ª Refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
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.

		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	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Johana Lizeth Pérez 2-10-25
ODONTOLOGA
TP 032736

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraiso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Luciana Monterroso Cantillo

Doc. de Identidad: 1122344581 EPS: Mallamas

Teléfono: Domicilio:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.122.338.257



Apellidos
CANTICUS GUANGA

Nombres
CARMEN MATILDE

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.50	F

Fecha de nacimiento
14 MAR 1989

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
VALLE DEL GUAMUEZ
(LA HORMIGA)(PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
29 MAR 2007, SAN MIGUEL(LA DORADA)

Firma
carmen canticus

Fecha de expiración
05 DIC 2034

.CO

069731886

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL069731886264018<<<<<<<<<<<
8903141F3412053COL1122338257<1
CANTICUS<GUANGA<<CARMEN<MATILD

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.045.427.872**

MONTERROSA MARTINEZ

APELLIDOS

GUSTAVO ADOLFO

NOMBRES

gustavo monterrosa

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-MAR-1987**

CAUCASIA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA **O+** G.S. RH **M** SEXO

22-AGO-2008 TARAZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0127000-00163177-M-1045427872-20090716 **00135**67223A 1 27523920

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Carmen Matilde C. Identificado con C.C N° 1122338257 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Luciana Monterrosa Cantillo o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Cristales del sol, 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 _____ Días del mes de Mayo del Año 2025.

Carmen Cantillo.
Madre o Acudiente
C.C 1122338257

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 Luciana Montenegro Cantillo, identificado (a) con documento de identidad número 1122344581 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, Carmen Matilde Cantillo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122338257, 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: Carmen Cantillo
Nombre: Carmen Matilde Cantillo
Calidad - Titular: Madre Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 322-3230337
Fecha: _____
Municipio: San Miguel

CLASIFICADA

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

MODALIDAD PROPIA INTERCULTURAL, EIC_SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

UCA: Cristales del sol
Tipo Documento: RC X CC__ TI__ Otro___ Numero de documento: 1122344581
Nombres y apellidos: Luciana Monterosa Cantinos

FECHA DE TOMA	EDAD	PESO	TALLA	PB	DIAGNOSTICO
12/08/2025	4 meses	8.9	62		Obesidad
9/09/2025	4 meses	8.	66		

20
R/V

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Geovanny Quejion Sanchez NOMBRE UCA: Cristales del Sol

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Luciana Montenegro Cantillo IDENTIFICACIO: 1122344587 FECHA DE NACIMIENTO: 11/04/2025.

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
08/08/25	X				Se le recuerda a la madre por llamada telefonica que el dia 11/08/2025 la niña Luciana tiene control de crecimiento y desarrollo. Se le recuerda gestionar la cita con anticipación y pueda asistir responsablemente.				El dia lunes 11 de agosto. Se llama a la madre. para verificar si ha podido gestionar la cita, donde ella argumento que si y que se la habian agendado para el dia. 13 de agosto.	Se le recuerda a la madre gestionar con anterioridad la cita. de control y crecimiento.
									Se le recuerda que debe estar 15 minutos antes de la cita para facturar y no pierda la cita. Se cierra la novedad por que la madre cumplio con la entrega de las copias del control de crecimiento y vacunas y queda el dia con todas las vacunas.	La madre se compromete a entregar la copia del control de crecimiento y desarrollo para el dia. 13 de agosto despues de asistir al control.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: _____ IDENTIFICACIO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
12/08/25				3:00 pm	Se realiza toma de peso y talla a la niña Luciana Monterrosa, se informa a la madre del Diagnostico de la niña		Viviana Hann	Se dan recomendaciones a la madre sobre los habitos de alimentacion saludable lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses		La madre se compromete a mantener los habitos de alimentacion saludable y no suministrar alimentos a la niño solo lactancia materna exclusiva
9/09/25				4:00 pm	Se realiza 3 toma de peso y talla del mes de Septiembre con el fin de realizarle seguimiento al estado de nutricion de la menor.		Viviana Hann	Se da a conocer a la madre sobre el estado de nutricion de la madre Se dan recomendaciones de los habitos de saludables Se continuan seguimientos mensualmente		La madre se Compromete a estar atenta al estado nutricional de la menor y llevarla a los controles de crecimiento y desarrollo