Fundación
Alma de Vida

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) _X_ 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. N/A
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.

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

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

FECHA SOLICITUD CUPO: 21/03/2025 FECHA INGRESO: 01-04-25

UDS: Grandes exploradores MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Erick Narciso Meza Vargas

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1122344141

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 28/11/2022 EDAD: 2 Años MUNICIPIO: San Miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: V/ Albania ESTRATO: 1 ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: __ NO: X

¿CUAL?: __ MOTIVO DEL RETIRO: No Aplica

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

EPS DEL PARTICIPANTE: Mallamas SUBSIDIADO: X CONTRIBUTIVO:

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X DIAGNOSTICO: __

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: __

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: __

TIENE SISBEN: SI: X NO: __ PUNTAJE: 82 DESPLAZADO: SI: X __ NO:

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

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Narciso Meza Delgado

No. IDENTIFICACION: 18.157948 DIRECCION RESIDENCIA: V/Albania

CELULAR: 3176711674 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Oficios Varios

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Alba Lucia Vargas Siguigua

No. IDENTIFICACION: 1122337209 DIRECCIÓN RESIDENCIA: V/Albania

CELULAR: 3228879973 E.P.S: Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Oficios Varios

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Alba Lucia Vargas Siguigua

NUMERO IDENTIFICACION: 1122337209 CELULAR: 3228879973

DIRECCION: V/Albania PARENTESCO: Madre

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

Latitud

0.307104

N0°18'25.5746"

Longitud

-76.759108

W76°45'32.759"

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 2874785

NUIP 1.122.344.141

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
MEZA VARGAS ERICK NARCISO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2022	Mes NOV	Día 28	MASCULINO	

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2022	Mes DIC	Día 09	0063693397

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
VARGAS SIQUIGUA ALBA LUCIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.337.209	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
MEZA DELGADO NARCISO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 18.157.948	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
MEZA DELGADO NARCISO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 18.157.948

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)	X 6 2

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2022 Mes DIC Día 09

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
30948465-6

Sisbén

Fecha de consulta: 13/05/2025

Ficha: 86757017479400000115

45

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ERICK NARCISO

Apellidos: MEZA VARGAS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344141

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 23/11/2017

Última actualización ciudadano: 02/01/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

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

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	1122344141
NOMBRES	ERICK NARCISO
APELLIDOS	MEZA VARGAS
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	28/11/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/19/2025 18:10:45	**Estación de origen:**	192.168.70.220

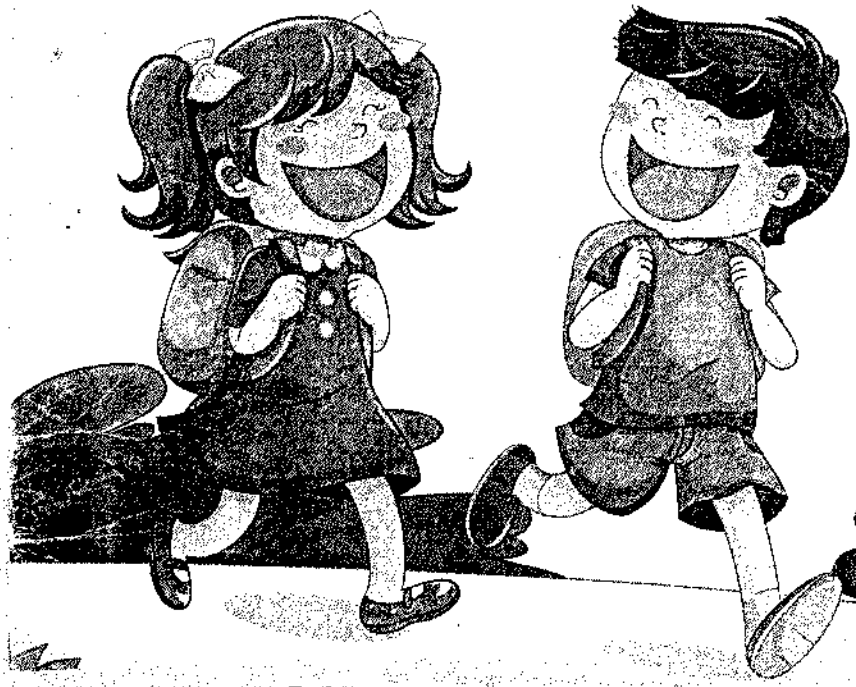
La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la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

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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



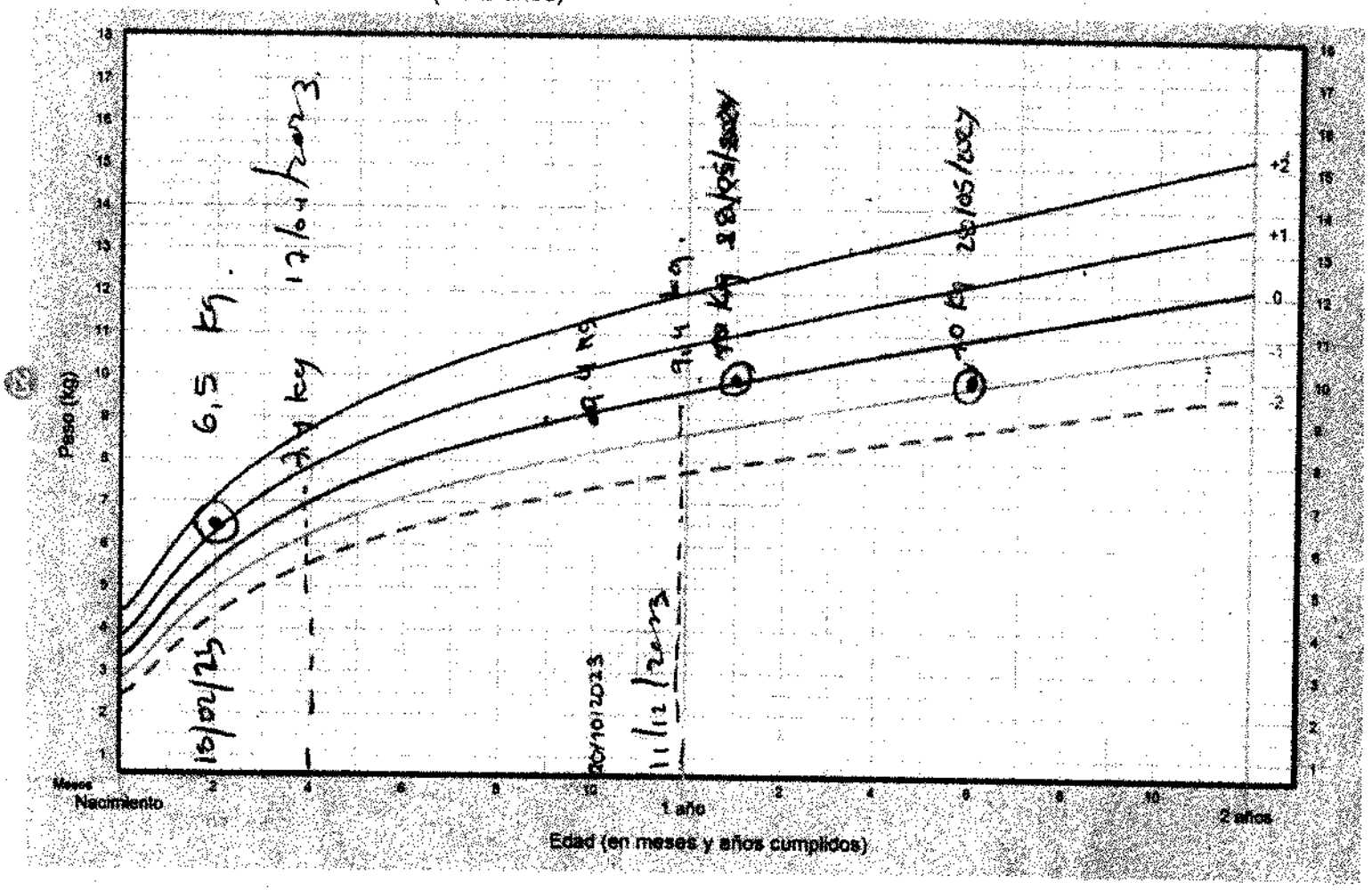
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: ERIK NARCISO	Apellidos: MEZA VARGAS
Fecha de nacimiento: 28 / 11 / 2022	Historia Clínica: 1122341491
Barrio/Vereda: VI AIBANIA	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS: 115

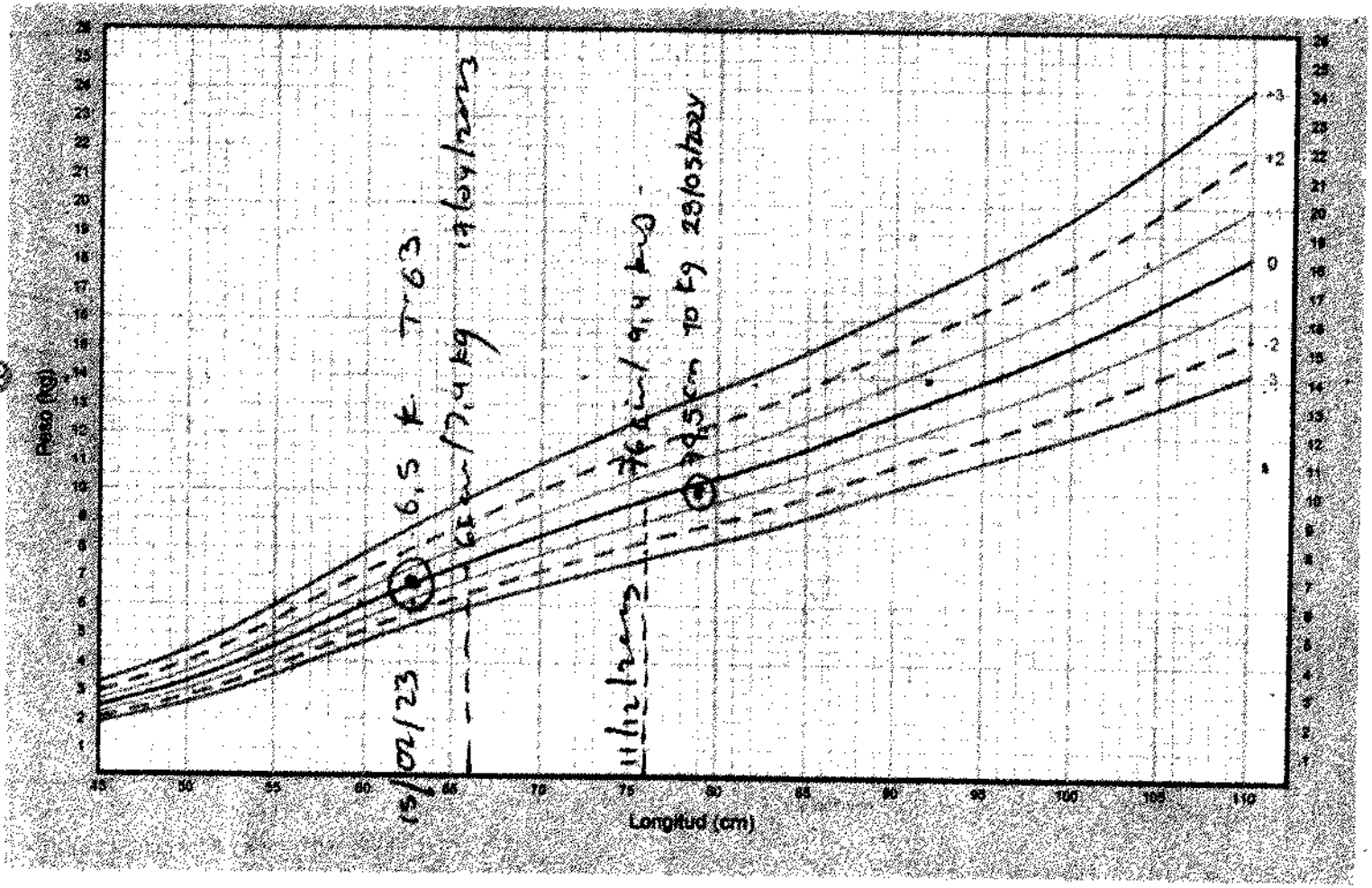
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Talla Niños

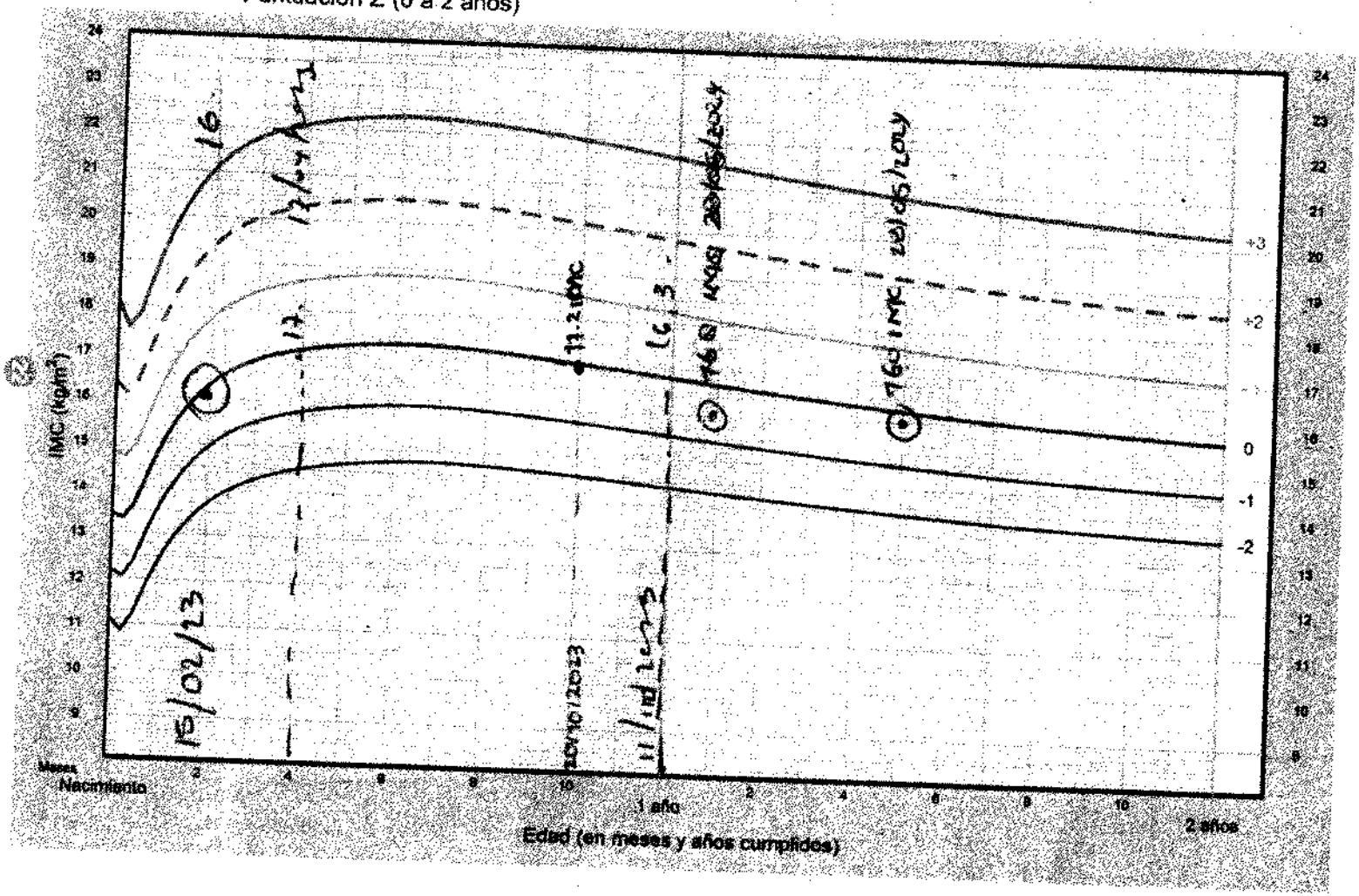
Puntuación Z (0 a 2 años)



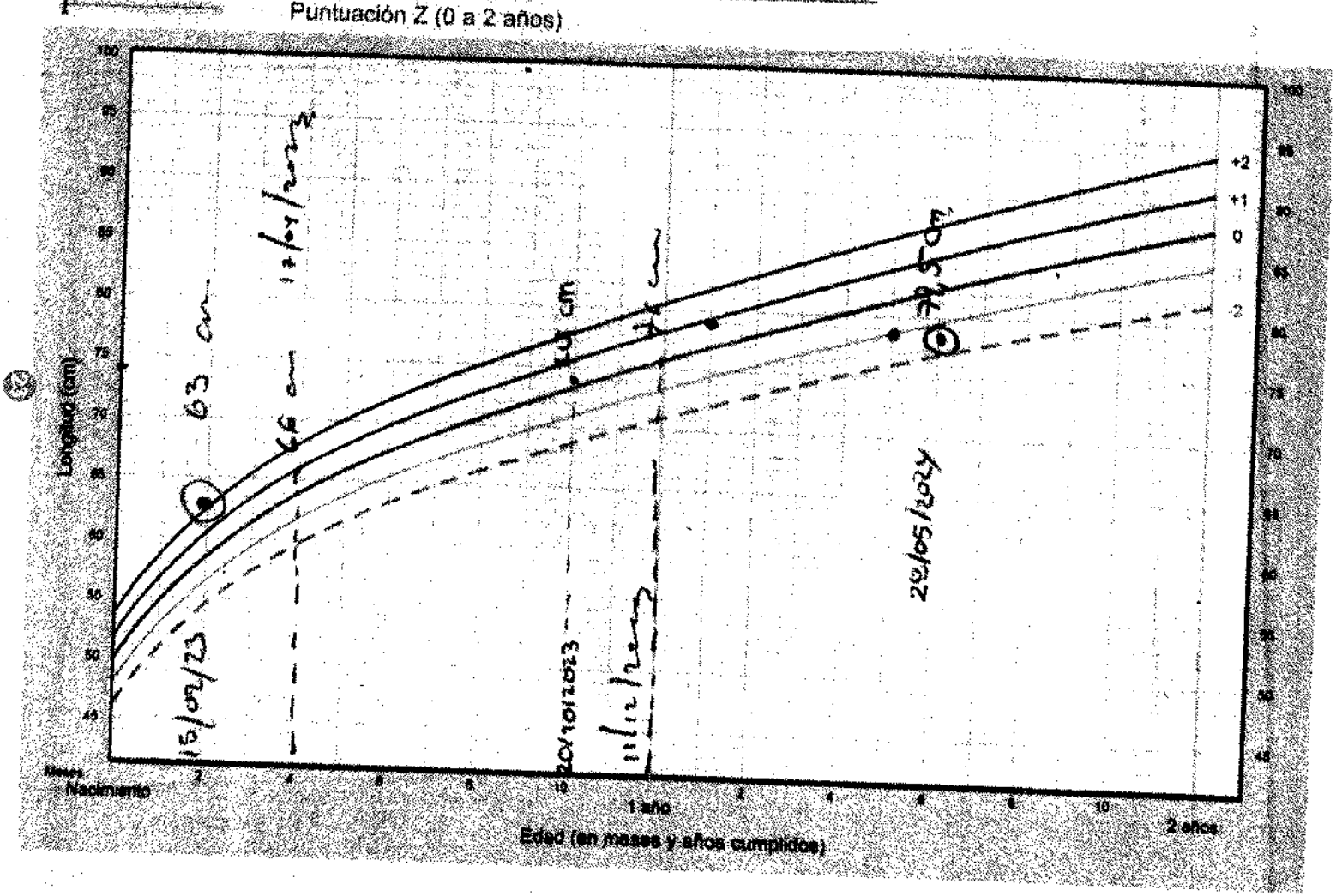
8
R/V

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



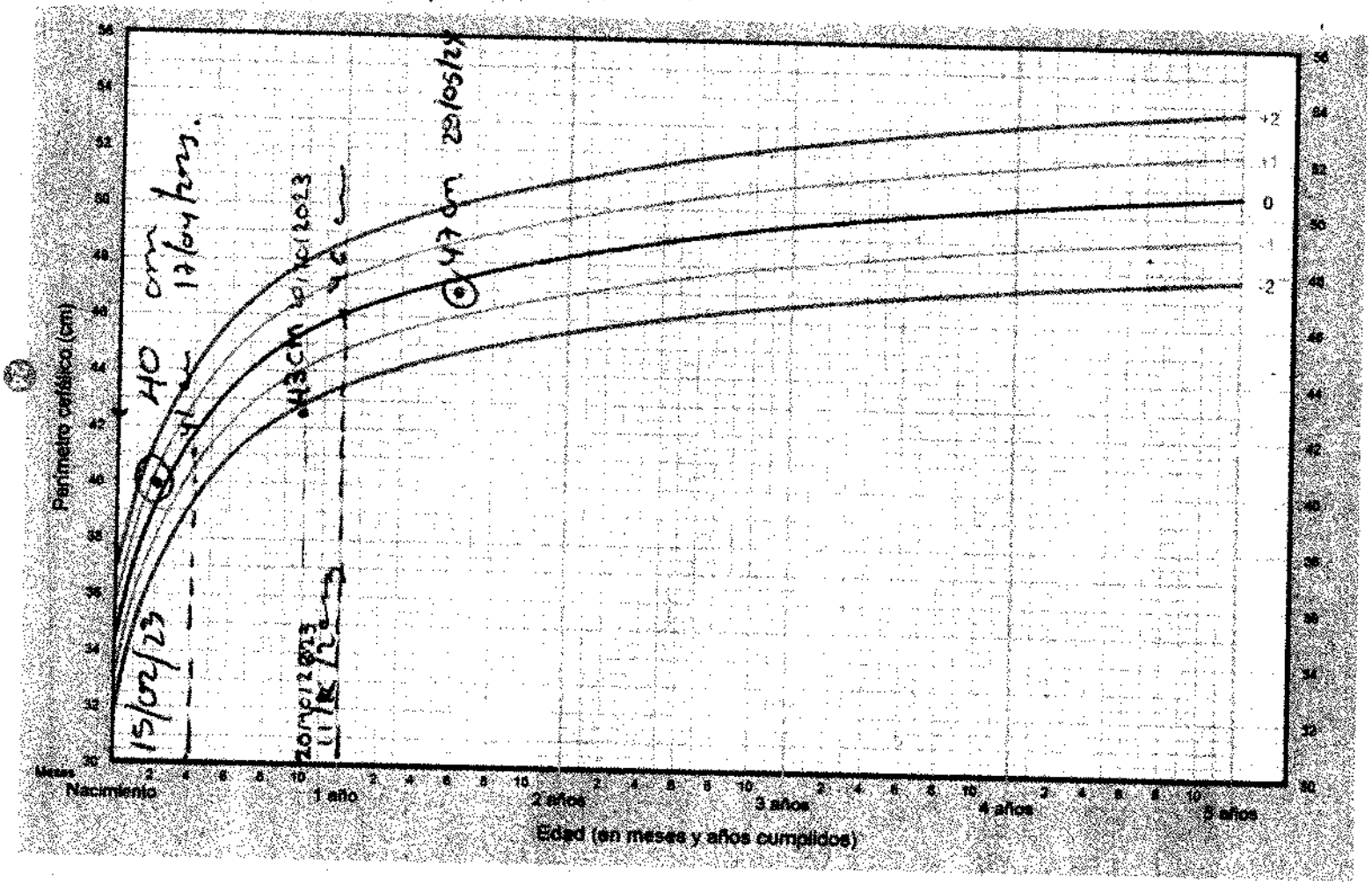
Talla para la Edad Niños



9
R/V

Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SÍ	ASISTIÓ NO
15	feb	2023	Medico	Si	✓
26	Marzo	2023	Ent	si	✓
29	05	2023			
28	11	2023			X
11	12	2023	Med	✓	
28	05	2024	Enfermera	Si	
28	NOV	2024	Medico	Si	
28	NOV	2025	Medico		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
15/02/23	6.5	63	40	14	16	29/03/23	
17/04/2023	7.4	66	41	15	17	29/05/2023	
20/10/2023	9.4	74	43	14	17.2	28/11/2023	
11/12/23	9.4	76	46	15	16.3	29/05/2024	
29/05/2024	10	79.5	47	15	16	28/11/2025	Milena Contreras

11
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				
	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

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

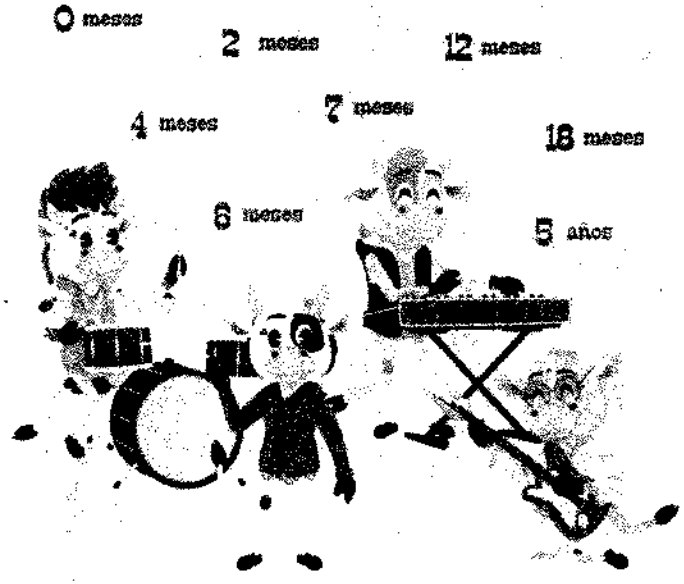
3 años						
4 años						
5 años						

*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 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)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Erick Francisco Perez

Fecha de nacimiento: 28 - Noviembre - 20

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1122344141.

Sexo: MASCULINO

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3300 Talla: 49

Dirección: B/ 9 De Abril.

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Alba Lucia Vargas

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

cc: 1.122.331.209

#115.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: | Tipo Identificación: | No. ID:

Edad	Biológico a	Casa	Fecha aplicación Día	Mes	Año	Lactancia materna exclusiva	Si	No	Lote	Fecha vencimiento Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	28	11	22								
	Hepatitis B	Recién nacido	28	11	22								
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	15	2	23								
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	15	2	23								
	Pentavalente: Hepatitis B	1.ª	15	2	23								
	Pentavalente: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	15	2	23								
	Diarrea por rotavirus	1.ª	15	2	23								
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	15	2	23								
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	2	5	23								
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	2	5	23								
	Pentavalente: Hepatitis B	2.ª	2	5	23								
	Pentavalente: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	2	5	23								
	Diarrea por rotavirus	2.ª	2	5	23								
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	2	5	23								
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	20	10	23								
	Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	20	10	23								
	Pentavalente: Hepatitis B	3.ª	20	10	23								
	Pentavalente: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	20	10	23								
	Influenza estacional	1.ª	27	03	24								
7 meses	Influenza estacional	2.ª	17	Mayo	20								
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	11	12	23								
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	11	12	23								
	Varicela	2.ª	11	12	23								
	Hepatitis A	Única	11	12	23								
	Influenza estacional	Anual											
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	5	Marzo	25								
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	5	Marzo	25								
	Fiebre amarilla	Única	11	12	23								
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo											
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo											
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	5	Mayo	25								
	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 nutritiv

Serum 0321 HA0381 HFID
Serum 0321 HA0381 HFID
Dennis H
Dennis N

Serum 2115004 HFID
Serum 2850403 SD HFID
Serum 2850403 SD HFID
Serum 2850403 SD HFID
GSK A20LC89 2AF HFID
GSK FD4897 HFID
Falla 1000788

Cita 25-Enero 2023

Serum 2200608 HFID
Serum 2850403 SD
Serum 2850403 SD
Serum 2850403 SD
GSK A20LC89 2AF
Pfizer FR4897
Falla D 1000788

Cita 15 Marzo/2023

Biolab 2208016 HFID
Serum 2821403 C
Serum 2821403 C
Serum 2821403 C
Butantan 3180219 HFID

Cita 2 Julio 2023
Jennifer Eduardo

Serum 0132NO1818 GSK FY4942 MSD FY0653 Merck W0227361

Cita: 28-Noviembre 2023
Verly

Biológicos Serum FY3950

ps Aplicada
ps Aplicada
HFID

cita — 24 Junio 24
Karly J

Serum 0132NO74 IF

ps Aplicada

Cita: 20-Octubre 2024 Ref.

Mejores Deseos
Tec. Aux. Enfermería
C.C 52.4[illegible]

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

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

[illegible] La Salud es de todos

[illegible] San Miguel (La Dorada) [illegible] 12 [illegible] 05 AÑO 2023 HORA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Erick Narciso APELLIDOS Meza Vargas
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC X [illegible] NÚMERO 1122344141
FECHA DE NACIMIENTO DÍA 28 MES 11 AÑO 2022 EDAD 2 [illegible]
NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE E.P.S. Mallamas

INFORMACIÓN PREVIA. [illegible]

[illegible]

[illegible]

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA [illegible]

Miedo a la reacción de la vacuna

¿CÓMO SE APLICA?	[illegible]
VACUNA Y DOSIS	[illegible] Ninguna [illegible]
BENEFICIOS	[illegible]
RIESGOS	[illegible]
ALTERNATIVAS	[illegible] para la prevención de la COVID-19

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, [illegible] de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, [illegible] los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, [illegible] 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 [illegible] 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 atención de posibles reacciones adversas no reportadas.

En consecuencia decido: **ACEPTAR:** _____ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Alba Vargas

En caso de requerirse, identificación y firma del representante legal

Nombres _____ Apellidos _____

Tipo de identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número _____

Firma: _____

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 el(la) señor(a)

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

de _____

Firma del Rogado

Huella dactilar o plantar del Rogante

C.C. N°

C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Kelly Jiménez Zárate

Firma Kelly J.Z. Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1095682134

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFID

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo

MUNICIPIO: San Miguel

Nota: Cuanto se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

gobernación PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amar



Nombres y apellidos: Erik Narciso Meza Vargas

Doc. de Identidad: 1122344141 EPS: Mallamas

Teléfono: 3229579773 Domicilio: Albania

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) O AÑOS (A)													
			8 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
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	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor													
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana													
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
		Vacunación													

Liliana Maribel Collazos Timaran
ODONTÓLOGA
CC 1.004.341.390

Liliana Maribel Collazos
HIGIENISTA ORAL
ES 00493 de 2017

14-09-23

11-8-2023
11-9-2024

05-Feb-2025
05-Feb-2026

05-Nov-2024
05-Nov-2025

4-11-2025
4-05-2026