Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografía 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.
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: 26-03-2025 **FECHA INGRESO:** 01-04-2025

UDS: Amor y Ternura **MUNICIPIO:** San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Dibanhi Smith Campos Tanguino

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ **NUIP No.** 1.122.344.080

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 26-08-2022 **EDAD:** 2 Años **MUNICIPIO:** San Miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: V/ Mesas del Sabalito **ESTRATO:** 1 **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: X NO: ____

¿CUAL?: D.I.M.F **MOTIVO DEL RETIRO:** Finalizacion

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

[illegible] DEL PARTICIPANTE: Emssanar **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: X NO: __ PUNTAJE: A1 **DESPLAZADO:** SI: ___ NO X

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: ___ NO: X **RED UNIDOS:** SI: ___ NO: X

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ___ NO: X CUAL: N/A

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Robert Andres Campos Lopez

No. IDENTIFICACION: 1.125.181.763 **DIRECCION RESIDENCIA:** M/Sabalito

CELULAR: 3163667385 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

[illegible]VEL DE ESCOLARIDAD: Primaria **PROFESIÓN:** N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Smith Zuleyda Tanguino Pantoja.

No. IDENTIFICACION: 1.006.788.021 **DIRECCION RESIDENCIA:** M/Sabalito

CELULAR: 316 3607385 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Oficios Varios

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller **PROFESIÓN:** N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Smith Zuleyda Tanguino

NUMERO IDENTIFICACION: 1.006.788.021. **CELULAR:** 316 360 7385

DIRECCION: V/ Mesas del Sabalito **PARENTESCO:** Madre

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Omaira Meneses

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 2874705

NUIP 1.122.344.080

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
CAMPOS TONGUINO DIBANHI SMITH

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2022	Mes AGO	Día 26	FEMENINO	O +

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 SEP Día 05	0063693322

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
TONGUINO PANTOJA SMITH ZULEYDA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.788.021	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
CAMPOS LOPEZ ROBERT ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.125.181.763	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
TONGUINO PANTOJA SMITH ZULEYDA

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.788.021

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)	X62

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)	Nombre y firma del funcionario
Año 2022 Mes SEP Día 05	Carolina Sacanambuy JENNY CAROLINA SACANAMBUY GOMEZ... **Registrador del Estado Civil**

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 30519284-4

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 20/10/2025

Ficha: 86757006481000000077

A1

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DIBANHI SMITH

Apellidos: CAMPOS TONGUINO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344080

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/11/2017

Última actualización ciudadano: 05/09/2022

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 No pobre ni vulnerable

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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

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	1122344080
NOMBRES	DIBANHI SMITH
APELLIDOS	CAMPOS TONGUINO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	27/08/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/16/2025 15:05:27	**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.

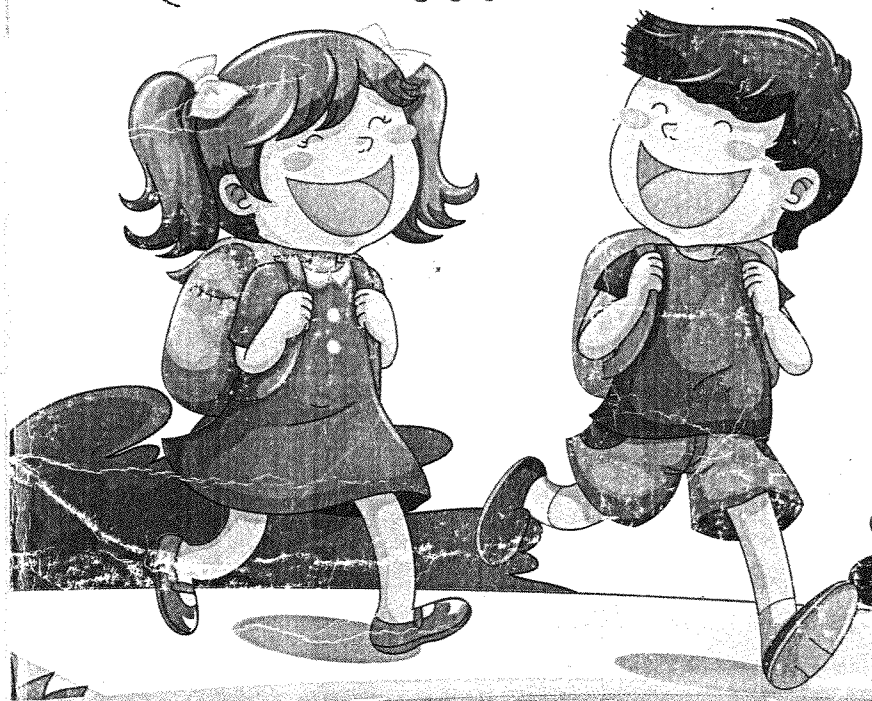
Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

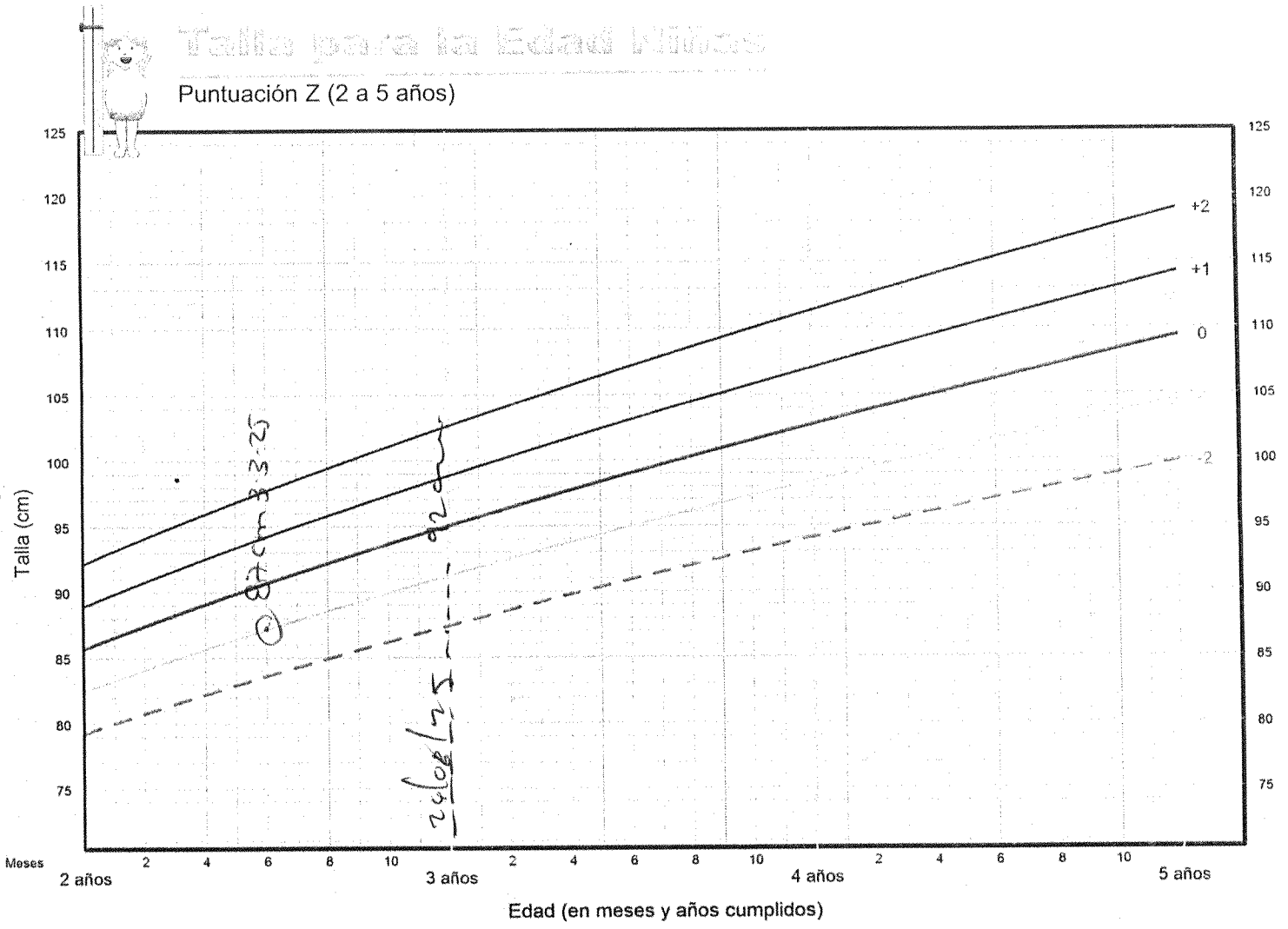
...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

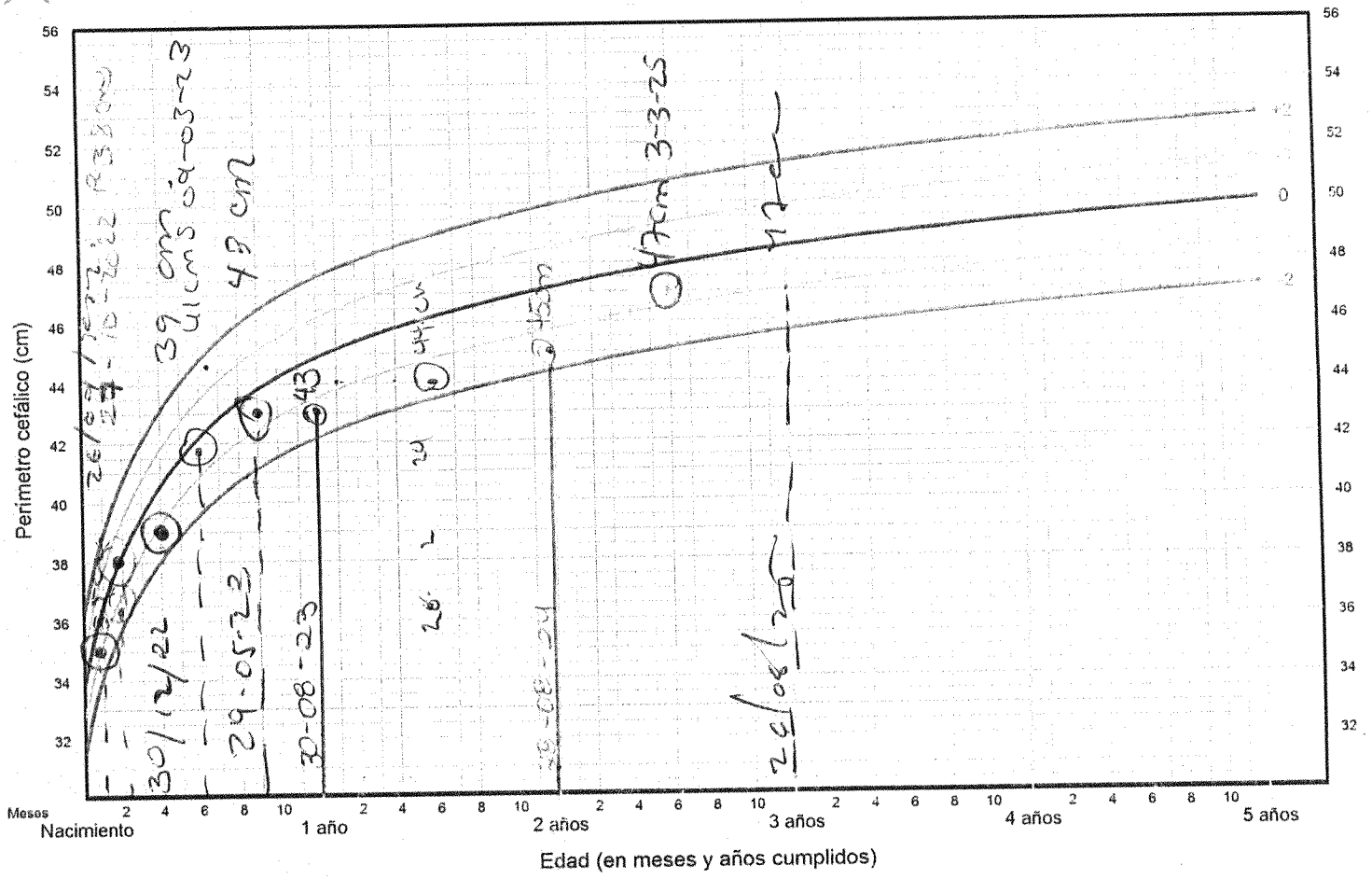
MIS DATOS

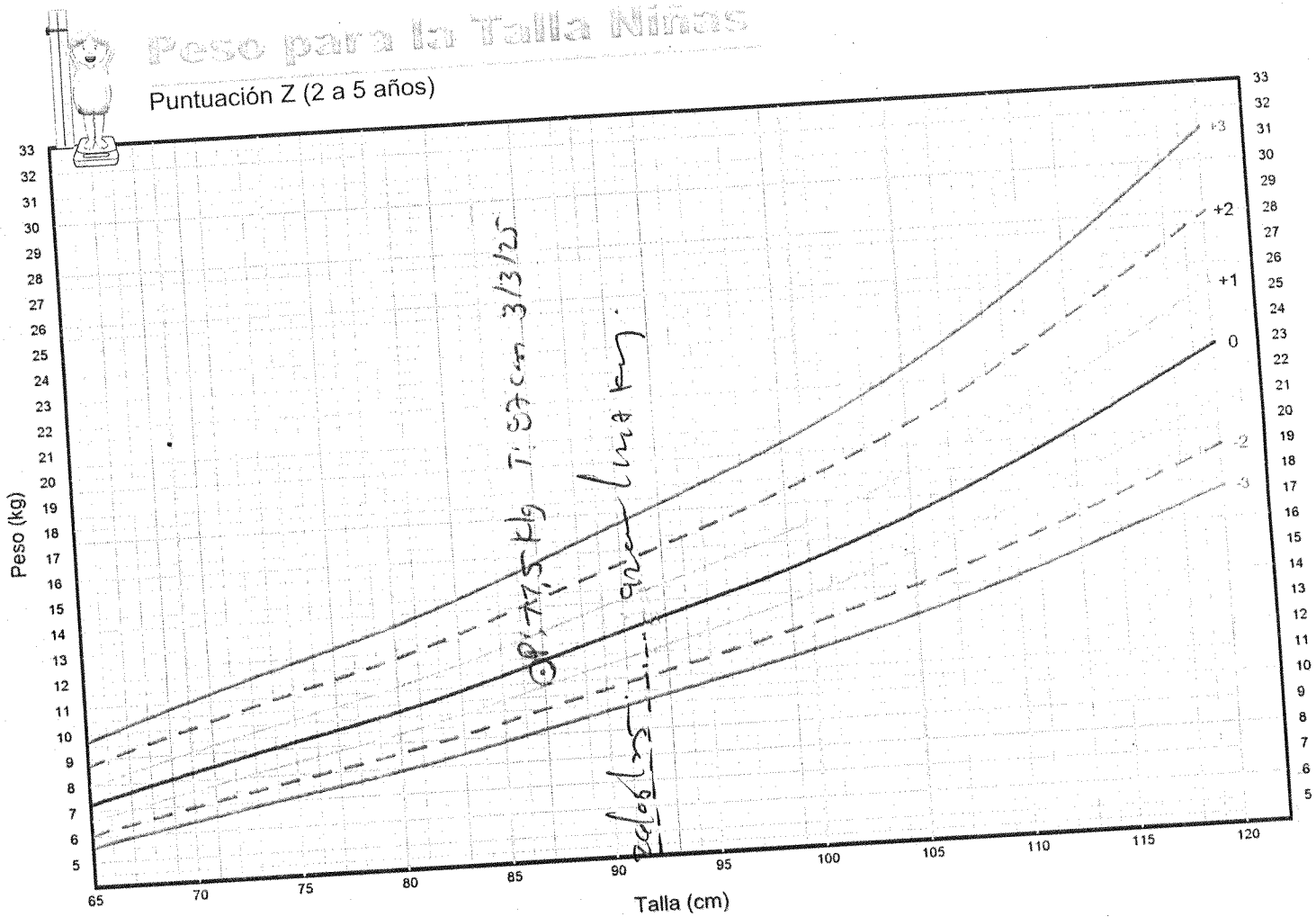
Nombres: Dibanhi Smith	Apellidos: Campos Tenorio
Fecha de nacimiento: 26 DÍA / 6 MES / 2007 AÑO	Historia Clínica: 1122344080
Barrio/Vereda: La Candelaria	Responsable del niño: Zuleyda Tenorio
Teléfono: 3205057002	EPS: LLS.

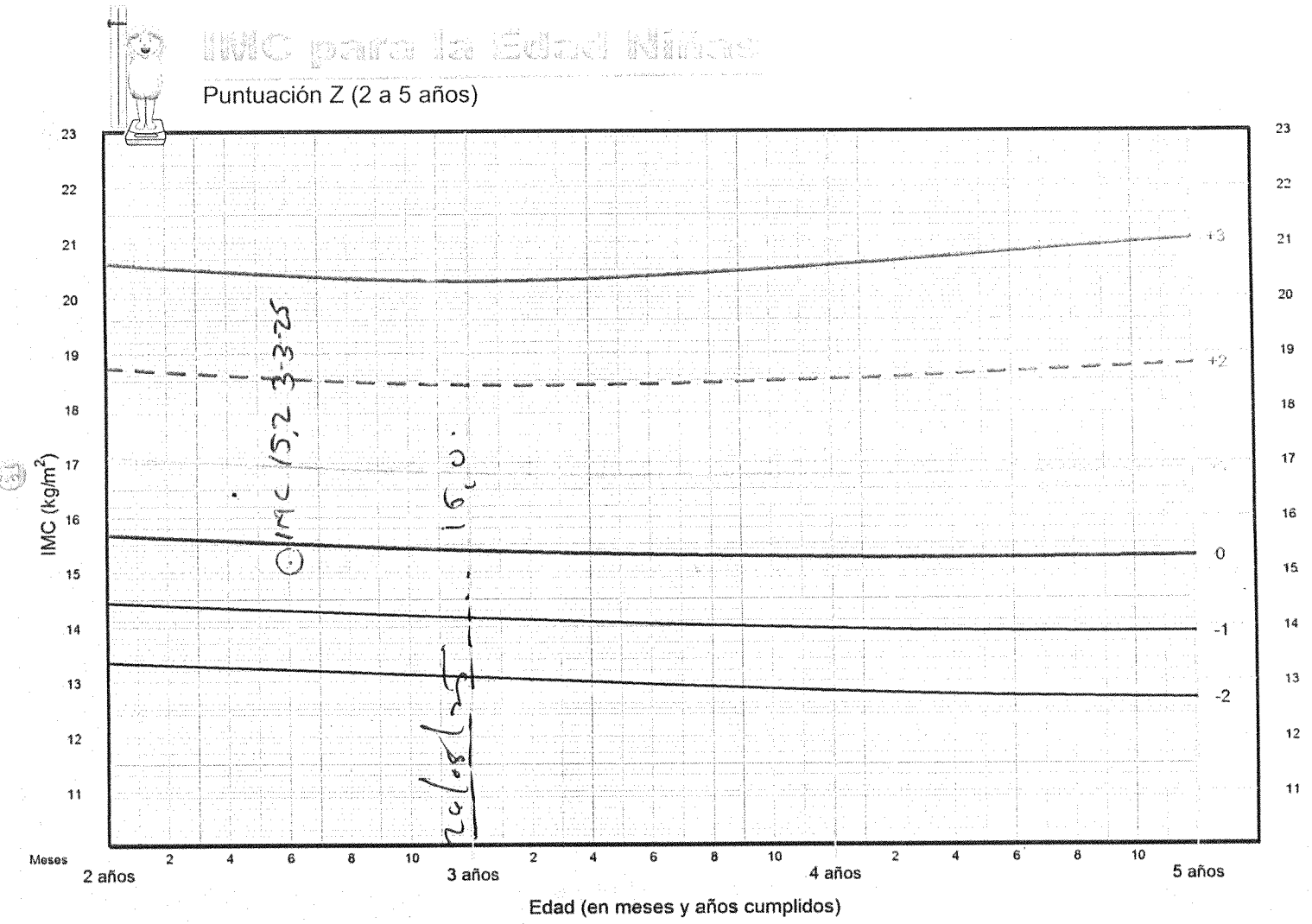

Talla para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
Talla (cm)
125
120
115
110
105
100
95
90
85
80
75
+2
+1
0
-2
Meses
2
4
6
8
10
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)




Peso para la Talla Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
Talla (cm)
+3
+2
+1
0
-2
-3
Pedro Luis
9,775 kg T: 87 cm 3/3/25
edad Luna km


IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
IMC (kg/m²)
23
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
+3
+2
0
-1
-2
IMC 15,2 13-25
16,0
24/05/17
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
22/09/2022	3,9	53.	35	12.	13,9	26/10/2022	
26/10/2022	5,5	56	37	17	—	26/12/2022	
30/12/22	6,5.	66.	39	14	14,9	26/02/23	
09/03/23	7,5	67	41	15	—	26/05/23	
29-05-23	8.1kg	72	43	15	15.6	28-AGOST-23	
30-08-23	8.8kg	74	43	15	16.1	28-02-24	
28 2 23	10kg	79	MM	13 5	16.0	25: 3 -24	
28-08-24	10.3	84	45	14	15.4	26-02-25	
03-03-2025	11,5	87	47	13,5	15,2	26-09-2025	
29/08/25	12,7	92	47	14	15	29/08/26	

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
26	10	2022.	Enfer	Si ✓	
26	Diciembre	2-22	Medico	S V	09-03-23 enfer
26	Mayo	2023	Enferm	Si	
28	AGOSTO	23	MEDICO	✓ FC: 30/08/23	
28	Febrero	24	Medico	Si	28-2-24
28	Agosto	24	Medico	Si ✓	
26	Febrero	2025	Enf		
03	Marzo	2025	Enfer	Si ✓ Mi/Enf C	
26	Agosto	2025	Medico	✓	
26	08	2026.			

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO									
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado					
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado					
	Cardiopopatía 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			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

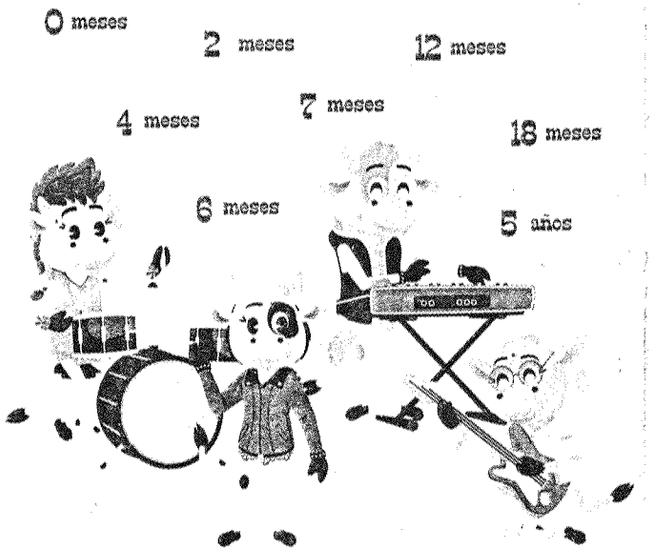
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis 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: Obanti smith camp
Fecha de nacimiento: 26 - Agosto - 2022
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1122344080
Sexo: femenino
Grupo sanguíneo: A+ O+
Peso al nacer: 2.7cc Talla: 51
Dirección: B/ Colompia ptocolon
Teléfono 1: 3205057002
Teléfono 2:
Responsable: Zuleyda Tanguino
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 ☐					
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	26	ago	2022	Seroum	0 3 7 M A 0 9 8	HFID				Eduard IB
	Hepatitis B	Recién nacido	26	ago	2022	Seroum	C 2 3 3 7 C 4 2	HFID				Eduard IB
2 meses							Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	1.ª				Biclogi	2 1 4 0 0 0 7 4					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª					2 8 S 1 4 0 2 2 A					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª										
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	04			Serum	1 1 1 1 1 1 1 1					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	27	04	2022	GSK	A R S 1 C 8 5 8 A					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª				GSK	H S P N B 3 2 2 A	HFLP				Daniela Casallas Tec. Aux. en Enfermeria CC. No. 1007728227
4 meses							Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	2.ª				Biclogi	2 1 4 0 0 4					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª					2 8 S 1 4 0 2 2 A					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	01									
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª				Serum	1 1 1 1 1 1 1 1					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	01	07	2022	GSK	A R C 1 C 2 5 5					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	31	07	2022	Pfizer	F R 4 3 9 7	HFLP				Daniela Casallas Tec. Aux. en Enfermeria CC. No. 1007728227
6 meses							Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	3.ª				Biclogi	2 1 4 1 0 1 4					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª				Sercm	2 8 S 1 4 0 9 1 A					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª				Sercm	2 8 S 1 4 0 9 1 A					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	24-OCT-23			Sercm	2 8 S 1 4 0 9 1 A	HFID				Kelly J.
	Influenza estacional	1.ª	29	03	23	Sanofi	V 5 0 5 2 3 0 0 1	HFID				
7 meses	Influenza estacional	2.ª	01	08	23	Sanofi	V 5 0 5 2 3 0 0 1		Cita:			
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	12	09	23	Sercm	0 1 3 2 N 0 4 8 2		26-Noviembre			Kelly J.
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	12	09	23	GSK	F R 4 8 9 3	HFID	2023			
	Varicela	2.ª	12	09	23	MSD	W 0 C 4 2 8 C 2					
	Hepatitis A	Única	12	09	23	MSD	X 0 0 2 8 3 6	HFID				
	Influenza estacional	Anual	17	06	24	Butantan	2 4 U 0 9 7 9 1 0 0	HFID	Cita:			Kelly J.
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	24	04	24	Biolog	2 2 3 3 0 0 5	HFID	29-Junio			Sachyn
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	24	04	24	Sercm	2 8 S 2 4 0 1 1 A	HFID	2023			Sachyn
	Fiebre amarilla	Única	12	09	23	Ficrcz	C 2 2 8 U F C 0 9 3	HFID				Kelly J
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	24	04	24	Sercm	0 1 3 2 N 0 4 8 B	HFID	Cita:			Sachyn
	Varicela	Refuerzo							24-Abril			
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª							2024.			
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis									Cita: 2 años Cumplidos SR			

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.

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos — Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 15 MES 05 AÑO 2025 HORA: 03:14 pm

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Dibanhi Smith APELLIDOS Campos Tonguino

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.722.344.080

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 26 MES: 08 AÑO: 2022 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE EmsSanar

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. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. 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.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

No le hace poner por 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 Ninguna Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] ó 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.

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.

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

Firma de la persona: _____

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

Nombres Smith Zuleyda Apellidos Tonguino

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006788021

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: Jenifer Cabezas Meneses

Firma _____ Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446059

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD

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.

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DIAS	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 manterna													
PROTECCION ESPECIFICA Y	ODONTOLOGIA	Aplicación de barniz de fluor							03-Sep-2024 03-Sep-2025		03-Sep-2025 03-Sep-2026	01-Oct-2025	29-04-2025 29-04-2026		
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana													
		Aplicacion de sellantes (según criterio)											29-04-2025 29-04-2026		
		Vacunación													

PACIENTE NO SE DEJA HACER LA COPEA, PADRE DE ACUERDO

Liliana Maribel Cordoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2011

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

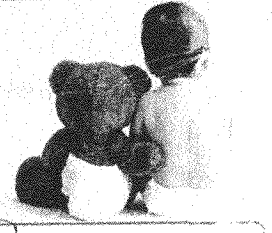
GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Olbanhi Sinuth Campo T

Doc. de identidad: 1122344080 EPS. Famisanar

Teléfono: 3185724129 Domicilio: V/ Campiña

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

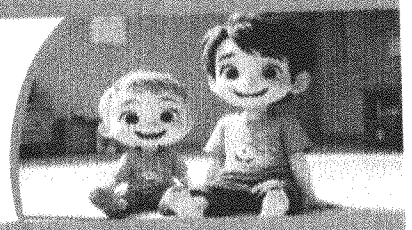
Dirección: B/ el Paraíso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos:
Dibanhi Smit Campos Jaquiño

Doc. de Identidad:
1122344080

EPS:
Emssanar

Teléfono:
3185724129

Domicilio:
V/Calendaria

		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		Tirzah Jiménez Arrujillo Enfermera Profesional Reg 22183 Universidad de Caldas											
		Atención en salud por medicina general											26-8 2023		
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor										29-4 2025	29-10-2025		
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)										29-4 2025			
	>	Vacunación Agudeza visual 20/20 normal													



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.006.788.021
TONGUINO PANTOJA

APELLIDOS
SMITH ZULEYDA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1995
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

07-ABR-2014 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

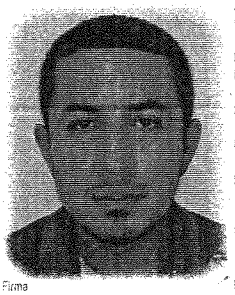
INDICE DERECHO

P-6401800-00583635-F-1006788021-20140605 003895-4469A 1 41679811

CEDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.125.181.763



Apellidos
CAMPOS LOPEZ

Nombres
ROBERT ANDRES

Nacionalidad
COL

Estatura
1.69

Sexo
M

Fecha de nacimiento
24 DIC 1988

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
PUERTO GUZMAN (PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
16 MAYO 2008, PUERTO GUZMAN

Firma
Robert campos

Fecha de exporación
12 SEPT 2033

.CO

032073241

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL032073241264025<<<<<<<<<<
8812245M3309128COL1125181763<6
CAMPOS<LOPEZ<<ROBERT<ANDRES<<<

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Smith Zuleyda Tongino Identificado con C.C N° 1006788021 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Dilanhi Smith Campos o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Amor y Ternura, 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 03 Días del mes de 04 del Año 2025.

Madre o Acudiente
C.C 1006788021

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 Dibanhi Smith Campo Tonguino, identificado (a) con documento de identidad número 1122344080, 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		Videos	X	Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:
Yo, Smith Zuleyda Tonguino, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006788024, 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		Videos	X	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 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 Educación Inicial Campesina EIC

Suscriben:

Firma: [signature]
Nombre: Smith Zuleyda Tonguino Pantoja
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3185724729
Fecha: 03 - 04 - 2025
Municipio: San Miguel

¡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.

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Dibanhi Smith Campos Tonguino

Fecha de nacimiento 26 08 2022 **N° Documento de Identidad** 1122344080

Sexo Masculino ○ Femenino ☒ **Fecha de 1er día de atención en el año** 03 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Omaira Andrea Meneses

Fecha de registro cualitativo 04 07 2025

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ☒ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Se identifica que la niña cumple con los item fundamentales según su rango de edad, por lo tanto, queda en perfil esperado. Se continuara con la implementación de estrategias pedagogicas para avanzar su proceso de desarrollo.

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Omaira Andrea Meneses

Fecha de registro cualitativo 06 10 2025

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ ☒ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

La niña describe objetos, cuentes, laminas. Ella cada vez requiere de menos ayuda en su cuidado personal, le gusta realizar juegos en los que sean de movimientos motoras ya que tiene buen manejo de su esquema corporal.

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

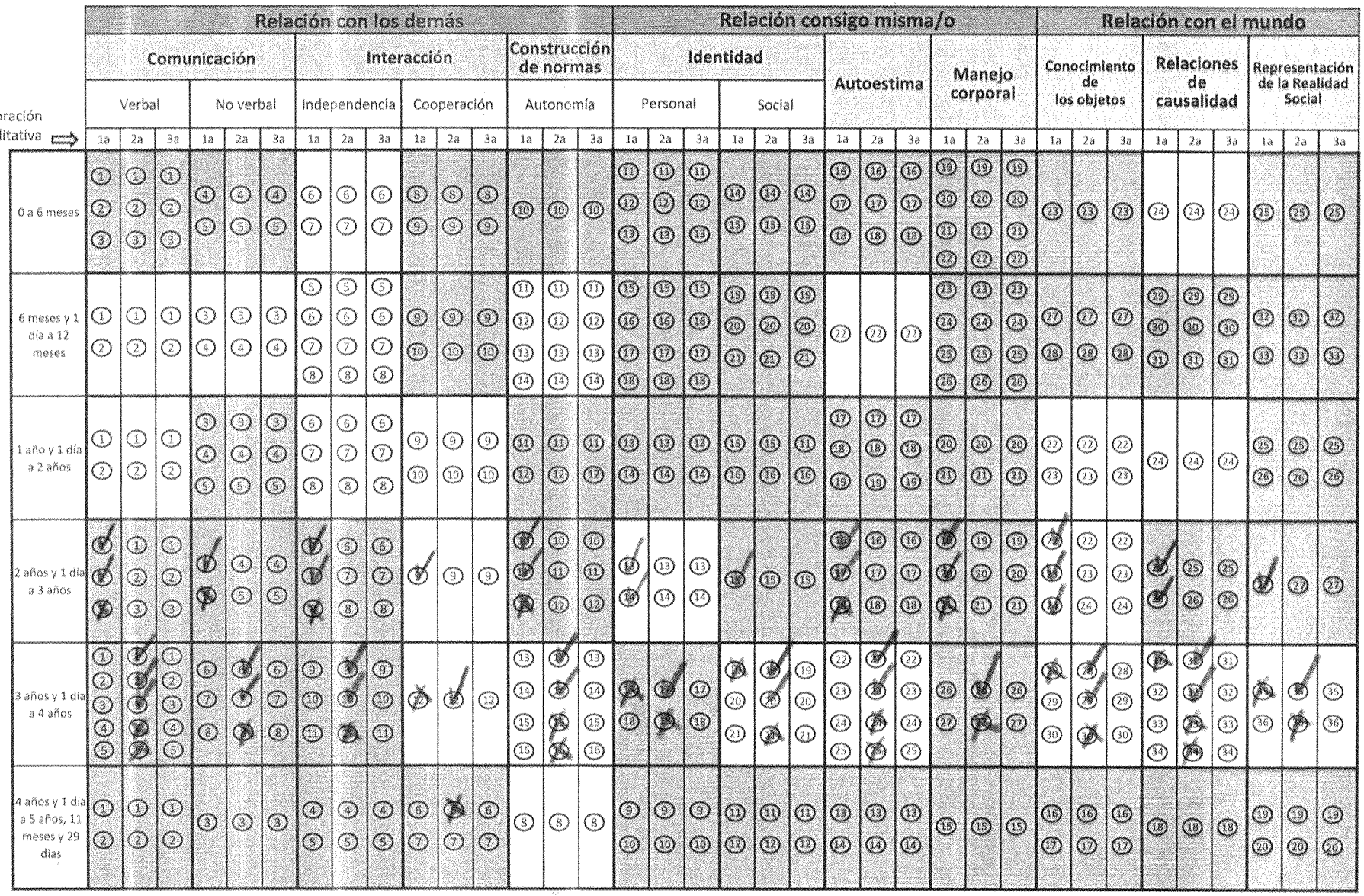
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Omaira Andrea Meneses NOMBRE UCA: Amor y Ternura

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Dibanhi Smith Campos IDENTIFICACIO: 1122344080 FECHA DE NACIMIENTO: 26-08-2022

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					
11-06-2025	X			02:00	La niña no asiste al encuentro la madre refiere que no puede asistir ula mensaje de WhasAtpp por motivos de que ella tiene una cita con especialista en puerto Asis, que la niña esta bien.		Omaira Meneses	Se le recomienda a la madre asistir al proximo encuentro de manera puntual tratar de solicitar citas los dias que no son de encuentros. El dia 18-06-2025 Se hace cierre de la novedad la niña asiste al encuentros.		→ la madre se compromete a asistir al encuentro y cuidar para faltar en los proximos
20-08-2025	X			02:06	La niña no asiste al encuentro educativo, solo asiste la madre, por motivos de la lluvia y ella tiene que trasportarse en bote, la madre refiere que esta con inicios de gripa y no quiere que se enferme mas		Omaira Meneses	Se orienta a la madre sobre la importancia de que la niña asista a los encuentros. el dia 21-08-2025 Se realiza seguimiento para saber como sigue la niña de la gripa, por parte de la agente educativa la cual refiere estar bien		→ La madre se compromete asistir con su hija a los encuentros. → Cuidarla para cuidar que la niña se enferme debido a los cambios climaticos.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Omaira Andrea Meneses NOMBRE UCA: Amor y Ternura

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Dibanhi Smith Campos IDENTIFICACIO: 1122344080 FECHA DE NACIMIENTO: 26-08-2022

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					