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) ___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

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: 265 0/2024



FECHA SOLICITUD CUPO: 26-03-2025 FECHA INGRESO: 01-04-2025

UDS: Dueños del Sol 1 MUNICIPIO: San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Smith Yahel Calvache Lopez

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ NUIP No. 1.122.344.028

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? NA

FECHA NACIMIENTO: 21-06-2022 EDAD: 2 años-9 mes MUNICIPIO: San Miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: V/ Baja Floresta ESTRATO: 1 ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: X NO: ____

¿CUAL?: DIMF MOTIVO DEL RETIRO: Finalización del Programa

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

EPS DEL PARTICIPANTE: A I C SUBSIDIADO: X CONTRIBUTIVO: ____

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

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: NA

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

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

TIENE SISBEN: SI: X NO: __ PUNTAJE: A5 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: ____

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Arley Calvache Ojeda

No. IDENTIFICACION: 1.122.340.450 DIRECCION RESIDENCIA: V/Baja Floresta

CELULAR: 322 874 3566 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: NA

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Noveno PROFESIÓN: NA

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Eylin Tatiana Lopez Garcia

No. IDENTIFICACION: 1.006.851.248 DIRECCION RESIDENCIA: V/Baja Floresta

CELULAR: 322 874 3566 E.P.S: A I C

OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa

EMPRESA DONDE LABORA: NA

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Noveno PROFESIÓN: NA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Eylin Tatiana Lopez Garcia

NUMERO IDENTIFICACION: 1.006.851.248 CELULAR: 322 874 3566

DIRECCION: V/ Baja Floresta PARENTESCO: Madre

Tatiana Lopez
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 1573692

NUIP 1.122.344.028

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
CALVACHE LOPEZ SMITH YAHEL

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)										Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	3	2	Mes	J	U	N	Día 2 1	MASCULINO	A +

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	2	0	3	2	Mes	J	U	L	Día 0 7	0061322564

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
LOPEZ GARCIA EYLIN TATIANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.851.248	COLOMBIA

tos del Padre

Apellidos y Nombres completos
CALVACHE OJEDA ARLEDY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.340.450	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
CALVACHE OJEDA ARLEDY

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.340.450

Espacio para notas

VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

tos de la oficina de registro que expide el certificado

...s - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)	X 6 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)										Nombre y firma del funcionario
Año	2	0	2	2	Mes	J	U	L	Día 0 7	Carolina Sacanambuy

JENNY CAROLINA SACANAMBUY GOMEZ...
Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
30519058-2

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 07/05/2025

Ficha: 86757674952700005783

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SMITH YAHEL

Apellidos: CALVACHE LOPEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344028

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 27/06/2023

Última actualización ciudadano: 27/06/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

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	1122344028
NOMBRES	SMITH YAHEL
APELLIDOS	CALVACHE LOPEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	ORITO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	01/02/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/09/2025 05:37:57	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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



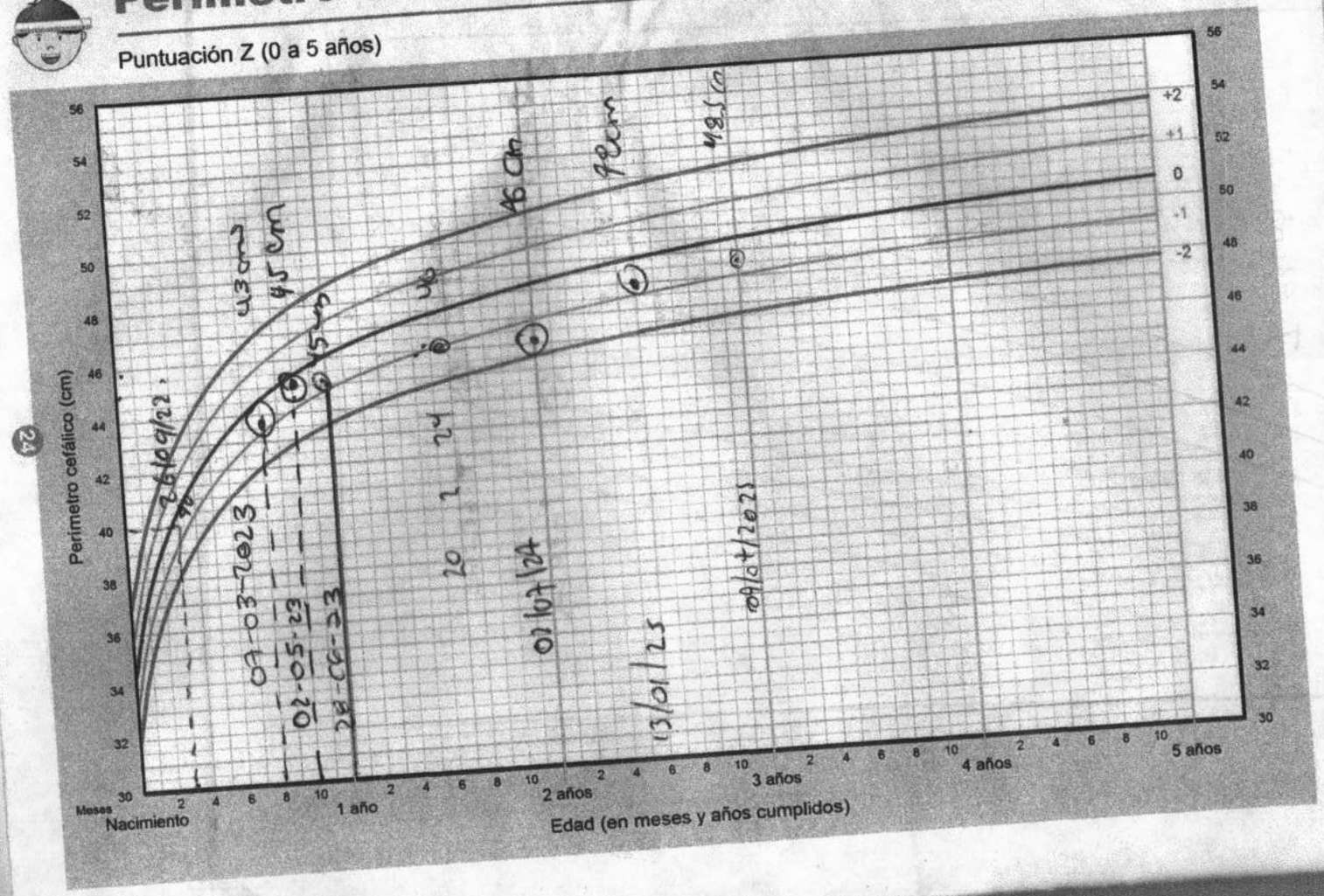
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Smith Yahel	Apellidos: calvache Lopez
Fecha de nacimiento: DIA 31 | MES 06 | AÑO 2022	Historia Clínica: 1122344028.
Barrio/Vereda: vl Bala Floresta	Responsable del niño: Tatiana Lopez
Teléfono: 3138498250	EPS: ALC

Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)

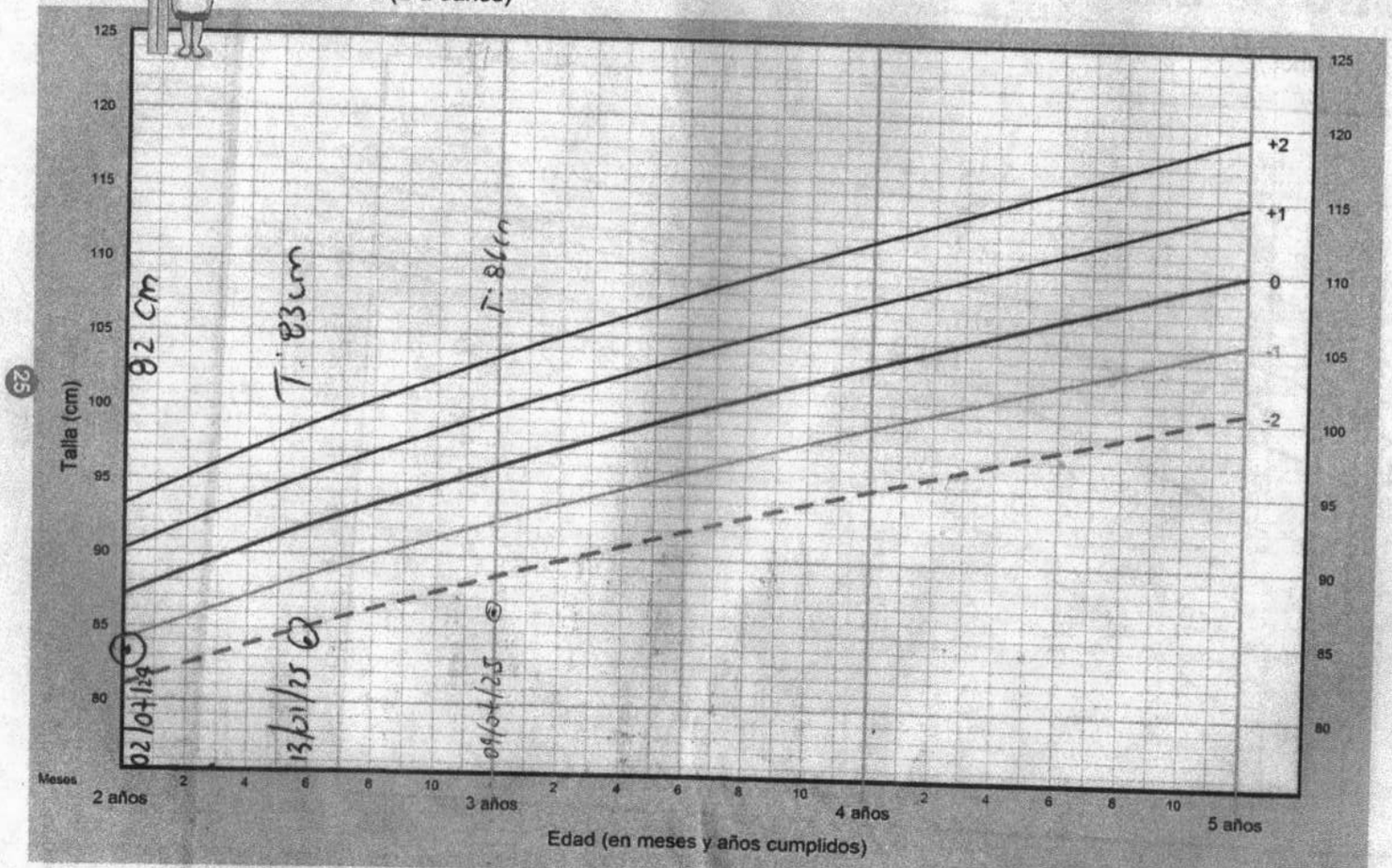


24

7
R/

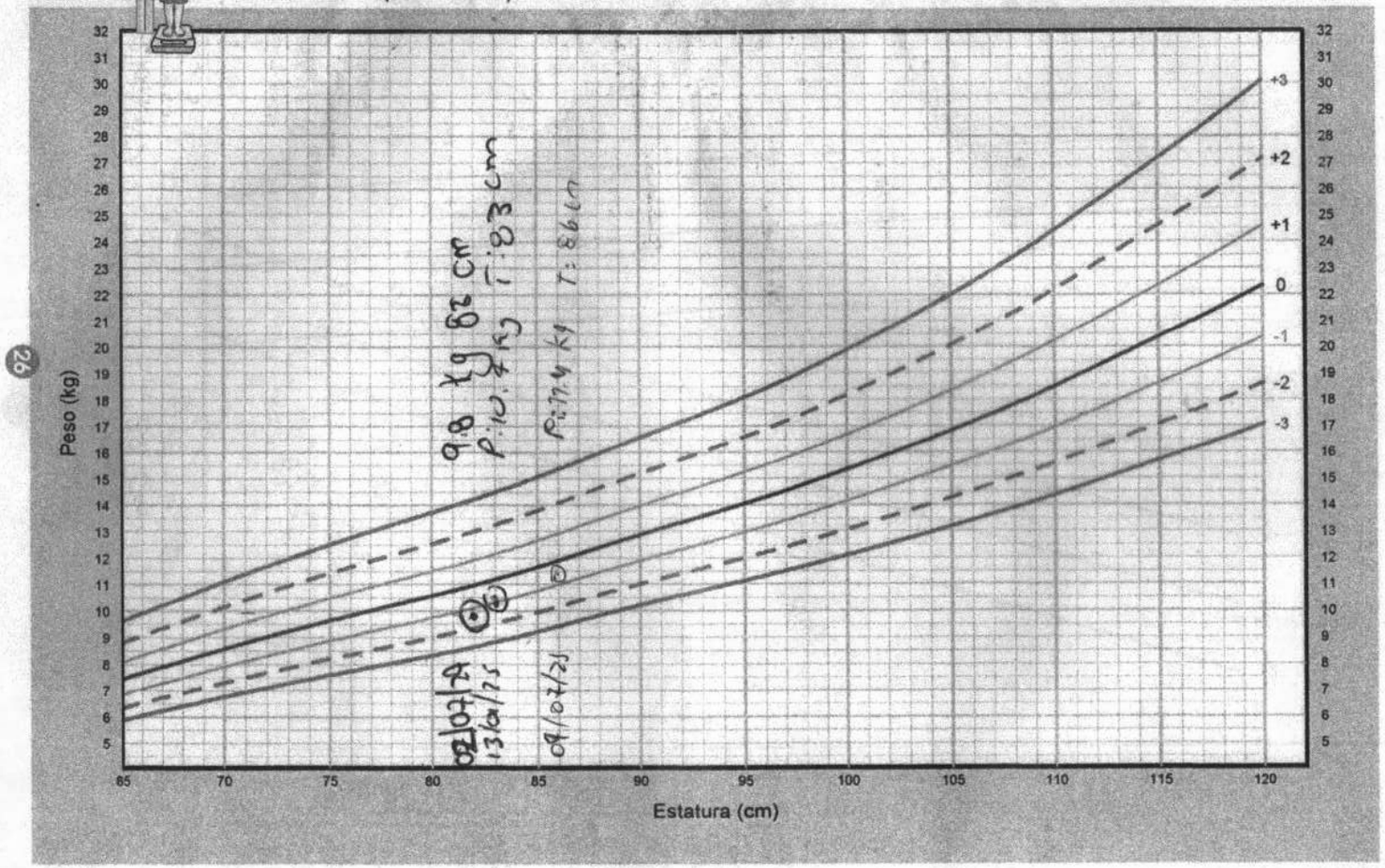
Talla para la Edad Niños

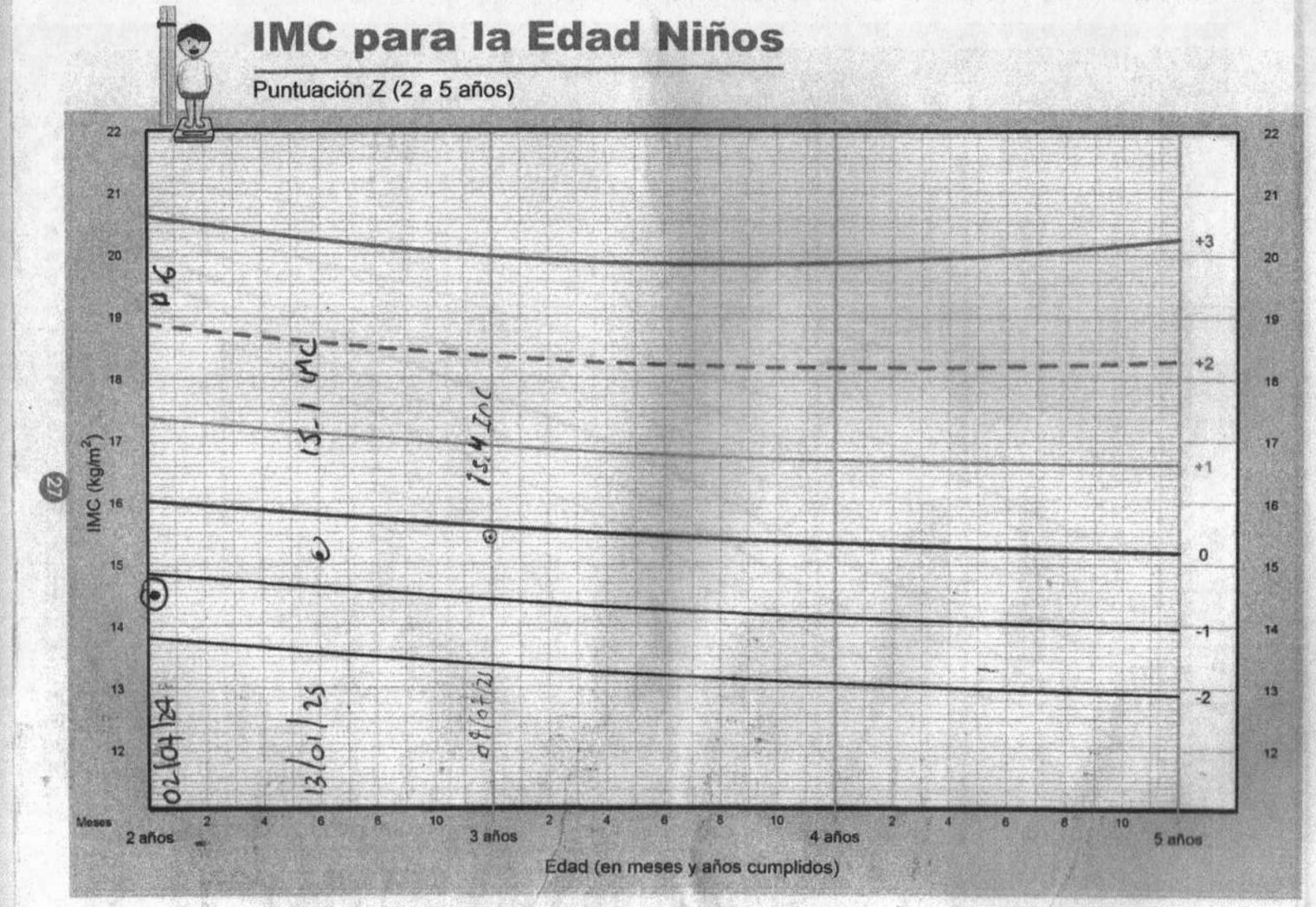
Puntuación Z (2 a 5años)



Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)




IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
IMC (kg/m²)
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
+3
+2
+1
0
-1
-2
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
02/04/24
13/01/25
04/04/21
15.1 IMC
15.4 IMC

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
21-oct 2022	octubre	2022		✓	
24-11-22	Noviembre	2022			
21-DIC-22	Diciembre	2022.		Si	
21	Abril	2023	Enfm	Si 02.05.23	
21	Junio	2023	MEDICO		
28	12	2023	Enf.		
02	07	2024	Med	✓	
29	12	2024	Enf		
13	01	2025	enf	S N	P. Plan
21	06	2025	Med	✓ si	
21	06	2026	ENF.		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
26/04/2022.	5.8kg	61cm	40	15	15.6	21-oct-2022.	
24/10/2022	6.6kg	64cm	42	15	16.1	24-11-2022	Mary Cuenta G.
07/03/23	7,7	68,5	43	14	—	24-04-2023	
02-05-23	8.1	70	45	15	16.5	21-06-23	
20-06-23	8.7	70	45	15	17.8	28-12-23	
20-2-24	10	78	46	14.2	16.4	21/6/24	
02-07-24	9,8	82	46	15	14.6	29/12/24	Alyssa A Vargas
13-01-25	10.4	83	48	13	15.1	21/06/25	P. Plan
01-07/25	11.4	86	48.5	15	15.4	27/06/26	Daniel Rivera

10
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

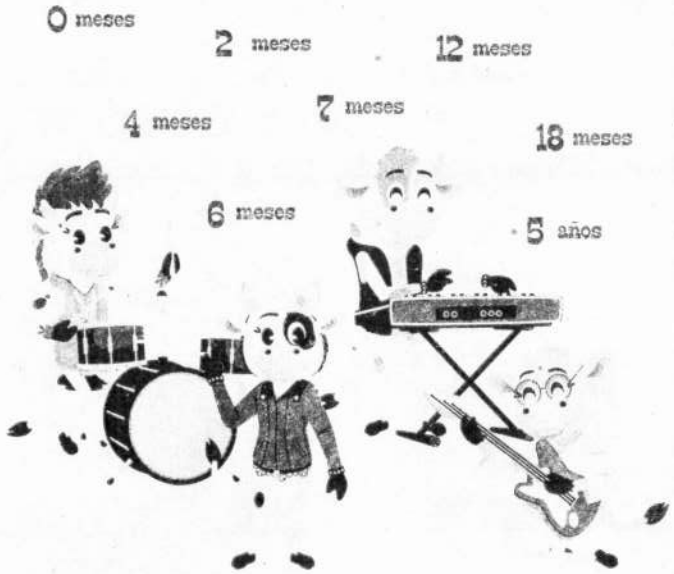
3 años					
4 años					
5 años					

*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: Smith Yanel Calvache

Fecha de nacimiento: 21-JUNIO-2022

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1122344028

Sexo: MASCULINO

Grupo sanguíneo: CC: 1006.851.248

Peso al nacer: 3500 Talla:

Dirección: VI BAJA FIDICOTA

Teléfono 1: 3138498250

Teléfono 2:

Responsable: EYLIN TATIANA [illegible]

Municipio de residencia: SANMIGUEL

Departamento: PUTUMAYO

CC. 1006851248. AIC

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
			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
Recién nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	21	06	22	Serum	037 0MA 090	HFID				Sanfy Cuma... Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1122338822
	Hepatitis B	Recién nacido	21	06	22	Serum	032 0X0 17D	HFID				
			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						CITA:			
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	30	08	22	Serum	212 100 4	HFID	21 AGOSTO 2022			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	30	08	22	Serum	285 0Y0 38D	HFID				Edwar F.
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	30	08	22	Serum	285 0Y0 38D	HFID				
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.	30	08	22	Serum	285 0Y0 38D	HFID				
	Diarrea por rotavirus	1.ª	30	08	22	GSK	F P 4897	HFID				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	30	08	22	GSK	ASPNB 38K A	HFID				
			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	18-11-2022			Biológico	210 006		cita.			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª					285 1Y0 22A		30/oct/2022			Daniela Bermudez Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1007728227
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª				Serum.	111 111 111					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª										
	Diarrea por rotavirus	2.ª				GSK	A80 1C8 5AA	HFID				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª				GSK	ASP NBS 5CL A.					
			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	10-04-23			Serum	220 606 012	HFID	Cita 18. enero 2023			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	10-04-23			Serum	285 1X0 210					MAFG Y.
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	10-04-23			Serum	285 1X0 41D					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	10-04-23			Serum	285 1X0 21D					
	Influenza estacional	1.ª	28 06 23			GC.	254 055 L30 691	HFLD				
7 meses	Influenza estacional	2.ª	15 05 24			Butantan	240 097 99/00		Cita: 28-07-23			Jennifer Kerly Jimenez
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	28 06 23			Serum	013 1N0 714		Cita: 28-07-23			
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	28 06 23			Pfizer	FR4 895					
	Varicela	2.ª	28 06 23			Merck	W03 1G5 7					Isabel A.
	Hepatitis A	Única	28 06 23			HSD	W00 0551 6					
	Influenza estacional	Anual	27 06 24			Butantan	210 097 99/00	HFID				
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	11 04 24			B10106	223 305	HFID	Cita:			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	11 04 24			Serum	285 140 097	HF40				
	Fiebre amarilla	Única	28 06 23			FIOCRZ	291 3VF C02 72	HFLD	Cita. 70. Abril. 2024.			Kerly J.
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	11 04 24			Serum	013 2N0 488	HFID				Sanfy C...
	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									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.

Cita: 15 - Junio - 24
2d infusión

11
RM

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 06 MES 05 AÑO 25 HORA: 11:00 Am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Smith Yadel APELLIDOS Calvache Lopez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122344028

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 21 MES: 06 AÑO: 2022 / EDAD: 2 años años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emsanar

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.

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

No quiere hacerle aplicar

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna 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

La 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: Tatiana Lopez

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

Nombres Tatiana Apellidos Lopez

Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006851248

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

_____ 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: Isabel Arias

Firma Isabel A Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004693988

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD

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
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.851.248**

LOPEZ GARCIA

APELLIDOS

EYLIN TATIANA

NOMBRES

Tatiana lopez

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-DIC-2000**

ORITO
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

05-MAR-2019 ORITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-6402300-01076658-F-1006851248-20190524 **00655**36893A 1 51870846

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.340.450

CALVACHE OJEDA

APELLIDOS

ARLEDY

NOMBRES

ARLEDY CALVACHE OJEDA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-AGO-1993

VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

29-SEP-2011 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6401800-00343932-M-1122340450-20111031 0028364482A 1 25662634

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: Smith Yahel Calvache
Doc. de Identidad: RC 1122344028
EPS: Emssanar
Teléfono: 3228743566
Domicilio: V/ Roya Floresta

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								09-05-2025 09-NOV-2025			19-NOV-2025 12-05-2026		
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600430-2011

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Eylin Tatiana Lopez Identificado con C.C N° 1006851248 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Smith Yahel Caluache L. o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Dueños del sol 1, 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.

Tatiana lopez
Madre o Acudiente
C.C 1006851248

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 Smith Yael Caluache Lopez, identificado (a) con documento de identidad número 1122344028, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Eylin Tatiana Lopez Garcia, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006851848, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas 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 Fundacion 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 ETIC.

Suscriben:

Firma: Tatiana lopez
Nombre: Tatiana lopez.
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3228743566
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.

de cero a Siempre

77
R/V

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Smith Yahel Calvache Lopez

Fecha de nacimiento 21 06 2022 **N° Documento de Identidad** 1122344028

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Angie Revelo Hernandez.

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

Teniendo en cuenta las habilidades y destrezas dela niña se identifica que cuenta situaciones vividas, lo que quiere, observa o siente al igual que hace dibujos rodimentarios

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Angie Nayeli Revelo Hernandez.

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

Teniendo en cuenta las dimensiones que favorecen el desarrollo y el aprendizaje del niño se observa que aprende y le gusta intentar nuevos juegos o actividades motoras.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

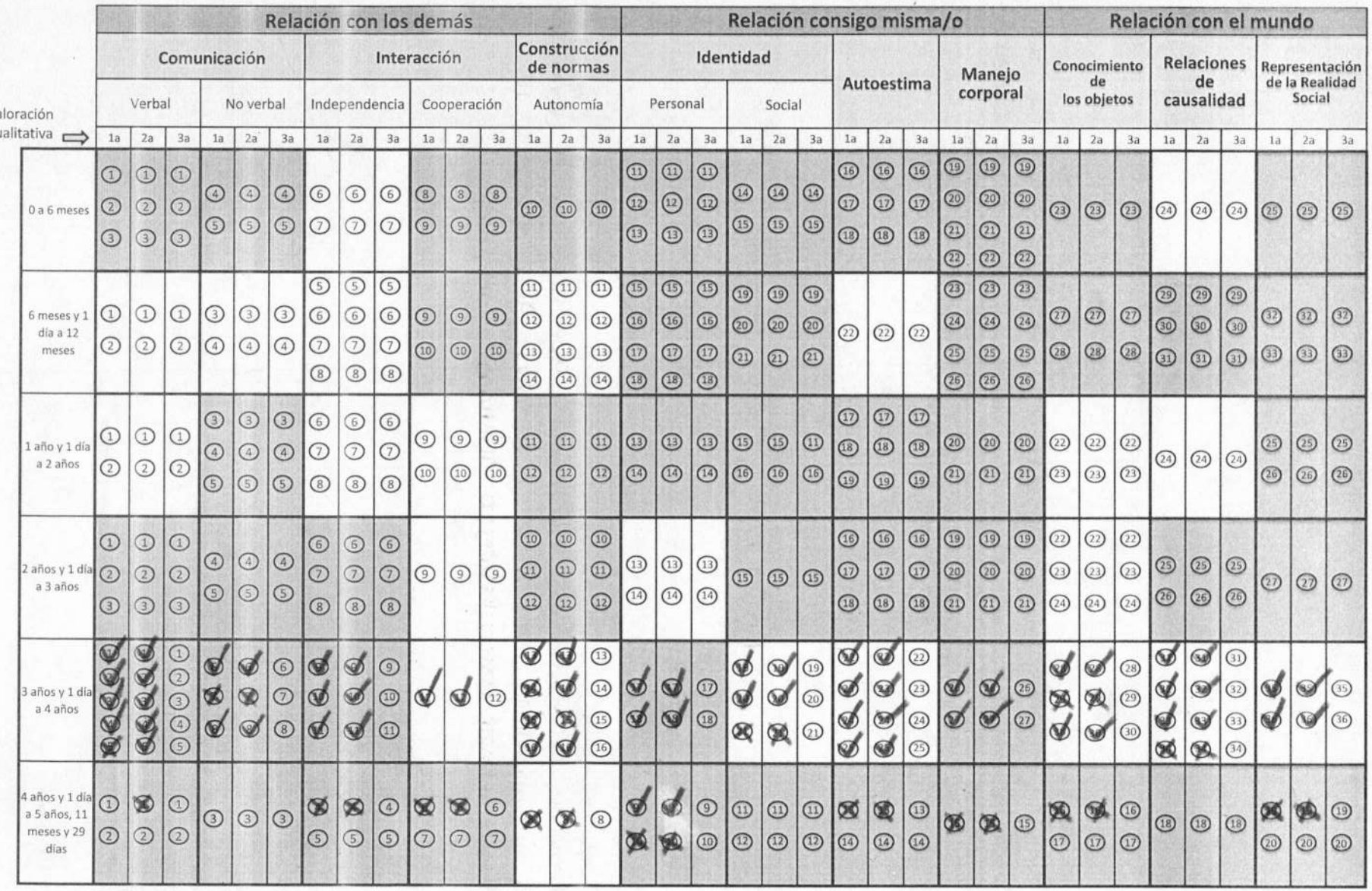
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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)***


Relación con los demás
Comunicación
Verbal
No verbal
Interacción
Independencia
Cooperación
Construcción de normas
Autonomía
Relación consigo misma/o
Identidad
Personal
Social
Autoestima
Manejo corporal
Relación con el mundo
Conocimiento de los objetos
Relaciones de causalidad
Representación de la Realidad Social
Valoración Cualitativa
1a
2a
3a
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
= Procesos y subprocesos fundamentales
= Procesos y subprocesos no fundamentales

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Angie Revelo NOMBRE UCA: Oveños del sol 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Smith Yahel Calvache. IDENTIFICACIO: 1122344028 FECHA DE NACIMIENTO: 21-06-2022

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					
06-2025	✓		.	✓	El día Viernes 20 de junio Se le recuerda a la madre de familia que el niño tiene control el 21-06 por motivo 9" es día sabado se le recomienda a la madre ir el día lunes al hospital para solicitar la cita.	Tatiana Lopez.		El día martes 07-7-2025 la agente educativo se comunica con la madre el día por via whatsap indagando sobre el control la madre refiere que ella dón no lleva al niño al control que no ha podido sacar la cita.		-La madre se compromete a solicitar la cita para crecimiento y desarrollo -El 07-07 la madre se compromete a solicitar la cita el día martes-02-07
								El día Jueves 03-07 la agente educativa se comunica con la madre via wpp indagando sobre la cita de CyD pero no se obtiene respuesta. El día viernes 04-07-25 la agente educativo se acerca al hospital para indagar por la		

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Angie Revelo NOMBRE UCA: Dueños del sol 1

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Smith Yahel Calvache IDENTIFICACIO: 1122344028 FECHA DE NACIMIENTO: 2106-2022

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					
								Cita Para control de C y d donde aparece q" la madre aun no solicita la cita por ese motivo la agente solicita la cita la cual se la agendan para el dia Miercoo 09-07 a las 9:00Am. se le informa a la madre via whatsapp.		- El dia viernes 04-07 la madre se compromete a llevar al niño al control de C y d el dia 09-07 a las 9:00 Am.
								El dia miercoles 09-07 la madre realiza entrega copias del control de crecimiento y desarrollo actualizado Se cierra novedad		