Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripción y Matricula con ffotografía 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).
7	Copia del carnet de vacunación.
8	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
9	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
10	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
11	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
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	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
17	Formato de autorización uso de imágenes.
18	Planilla seguimiento nutricional
19	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
20	OTROS: Formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa (Cuando aplique

COPIA

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: _____ **FECHA INGRESO:** _____

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Joan Ezequiel Piaguaje Chinguad

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1127222371

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 27/05/2023 **EDAD:** 2A 4M. **MUNICIPIO:** Pichincha

DEPARTAMENTO: Quito **PAIS:** Ecuador **DIRECCION**

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

¿CUAL?: NO **MOTIVO DEL RETIRO:** N/A **PARTICIPA**

EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: N/A **EPS 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: 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: Davinson Yaimer Piaguaje Otalvo

No. IDENTIFICACION: 2150156 26-9 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/ Sabalito

CELULAR: 3188413278 **E.P.S:** N/A

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Leydi Veronica Chinguad Combalaza

No. IDENTIFICACION: 1006788884 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/ Sabalito

CELULAR: 3188413278 **E.P.S:** EmSSanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Leydi Veronica Chinguad

NUMERO IDENTIFICACION: 1006788884 **CELULAR:** 3188413278

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

Veronica chinguad
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Omaira Meneses
FIRMA AGENTE EDUCATIVA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1127222371

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64363193

* 64363193 *

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [X] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Y X K

ECUADOR , PICHINCHA , QUITO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PIAGUAJE	CHINGUAD

Nombre(s)

JOAN EZEQUIEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes MAY Día 27	MASCULINO	O	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

ECUADOR , PICHINCHA , QUITO

Clase de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	N-2023-170112-0024-O-008

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

Apellidos y nombres completos

PIAGUAJE OTAVALO DAVINSON YAIMER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE 2150156269	ECUATORIANA

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

Apellidos y nombres completos

CHINGUAD CUMBALAZA LEYDI VERONICA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1006788884	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CHINGUAD CUMBALAZA LEYDI VERONICA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1006788884	

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2024 Mes JUL Día 04	ESTHER CAMARGO CAMARGO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
DAVINSON YAIMER PIAGUAJE OTAVALO Firma	ESTHER CAMARGO CAMARGO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Fiel copia del original expedida el 2024/07/30 por ESTHER CAMARGO CAMARGO, ENCARGADO DE FUNCIONES CONSULARES en el Consulado de Colombia

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

CONSULADO EN QUITO (ECUADOR)

El suscrito (a) ENCARGADO DE FUNCIONES CONSULARES certifica que el presente documento es fiel COPIA del REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO tomada de su original que reposa en el Ministerio de Relaciones Exteriores, con serial 64363193 de JOAN EZEQUIEL PIAGUAJE CHINGUAD.

Se expide para DEMOSTRAR PARENTESCO.

La copia se expide el 30 de julio de 2024.

ESTHER CAMARGO CAMARGO
ENCARGADO DE FUNCIONES CONSULARES
QUITO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en: http://verificacion.cancilleria.gov.co
Código de Verificación:CRYHZE125227789

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 29/09/2025

Ficha: 867576741052800010702

A5

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JOAN EZEQUIEL

Apellidos: PIAGUAJE CHINGUAD

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1127222371

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/11/2024

Última actualización ciudadano: 18/11/2024

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

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

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	1127222371
NOMBRES	JOAN EZEQUIEL
APELLIDOS	PIAGUAJE CHINGUAD
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	06/05/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/29/2025 15:06:57	**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 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

MIS DATOS:

Nombres:
JOAN ezequiel

Apellidos:
Piaguaje Chingrad

Fecha de nacimiento:
27-05-2023

Historia Clínica:
1127222371

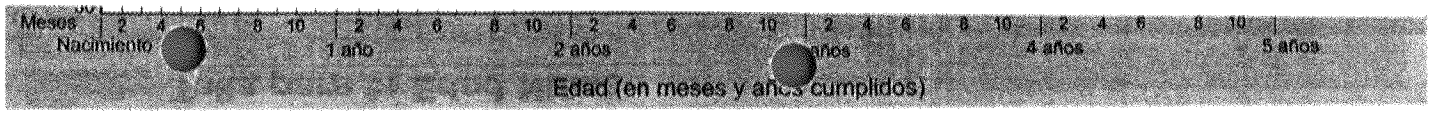
Barrio / Vereda:
Sabalito

Responsable del niño (a):
Leyd y Chinguad

Teléfono:
3188413278

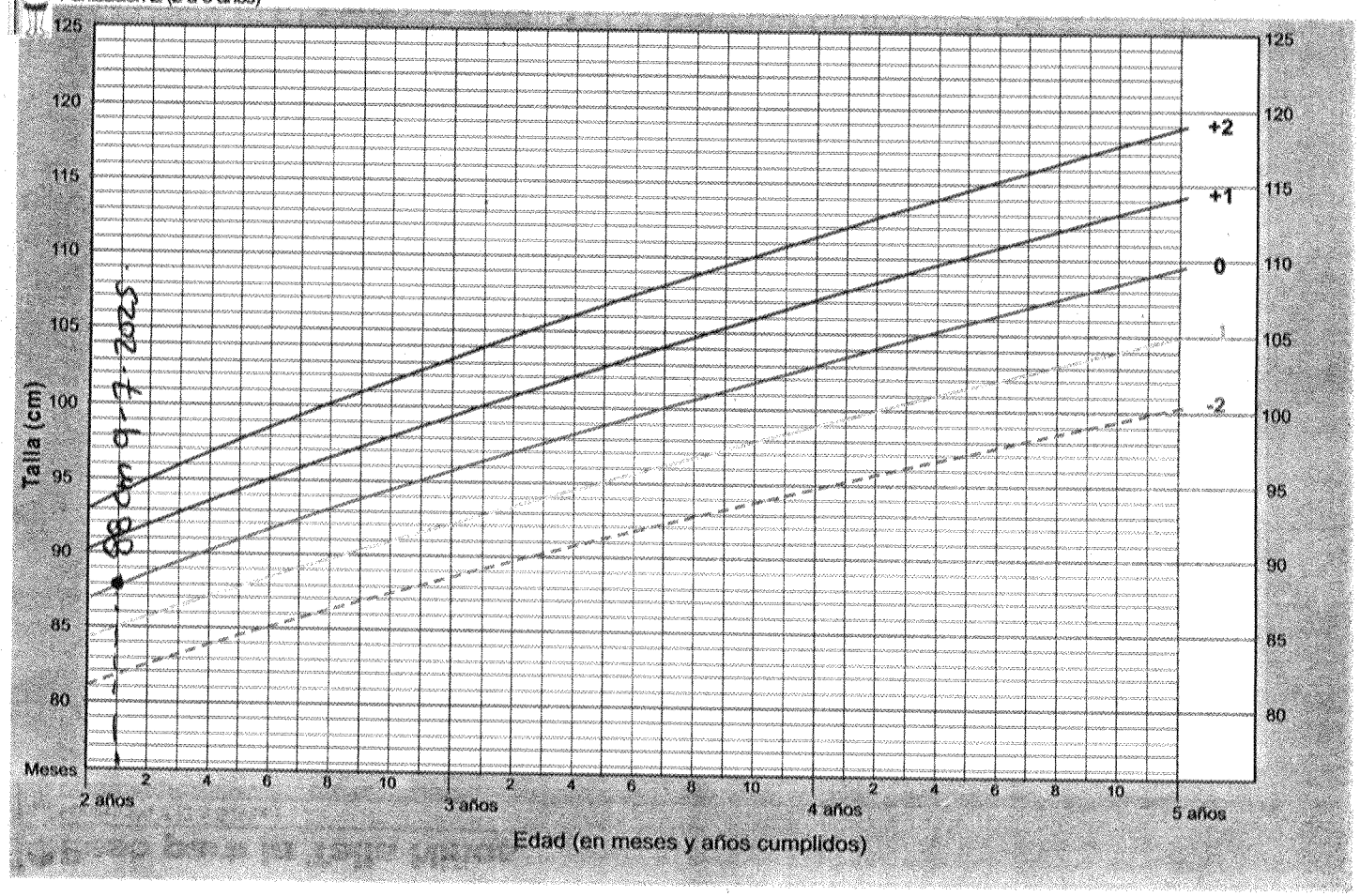
EPS:
118.





Talla para la Edad Niños

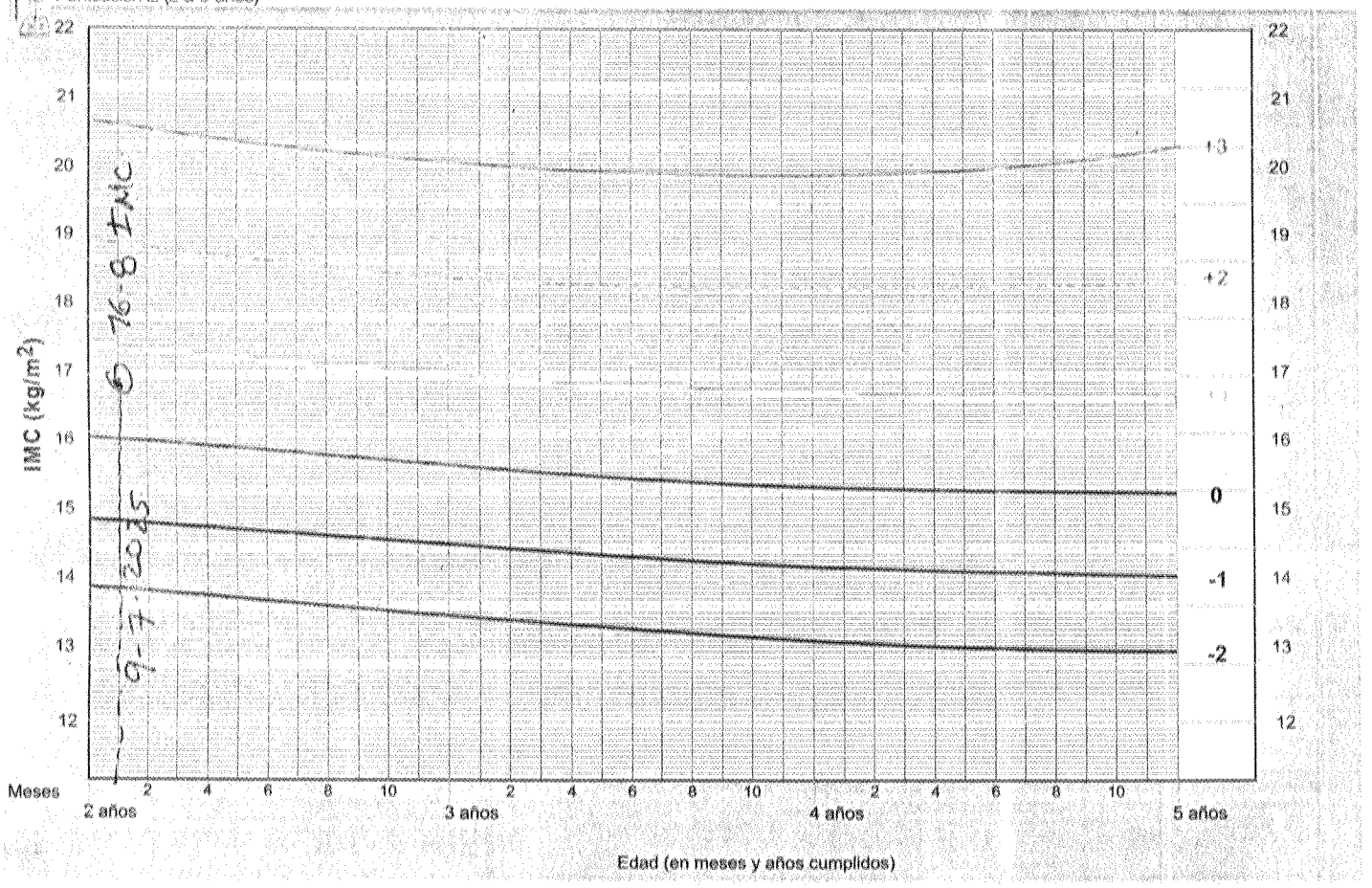
Puntuación Z (2 a 5 años)



(25)

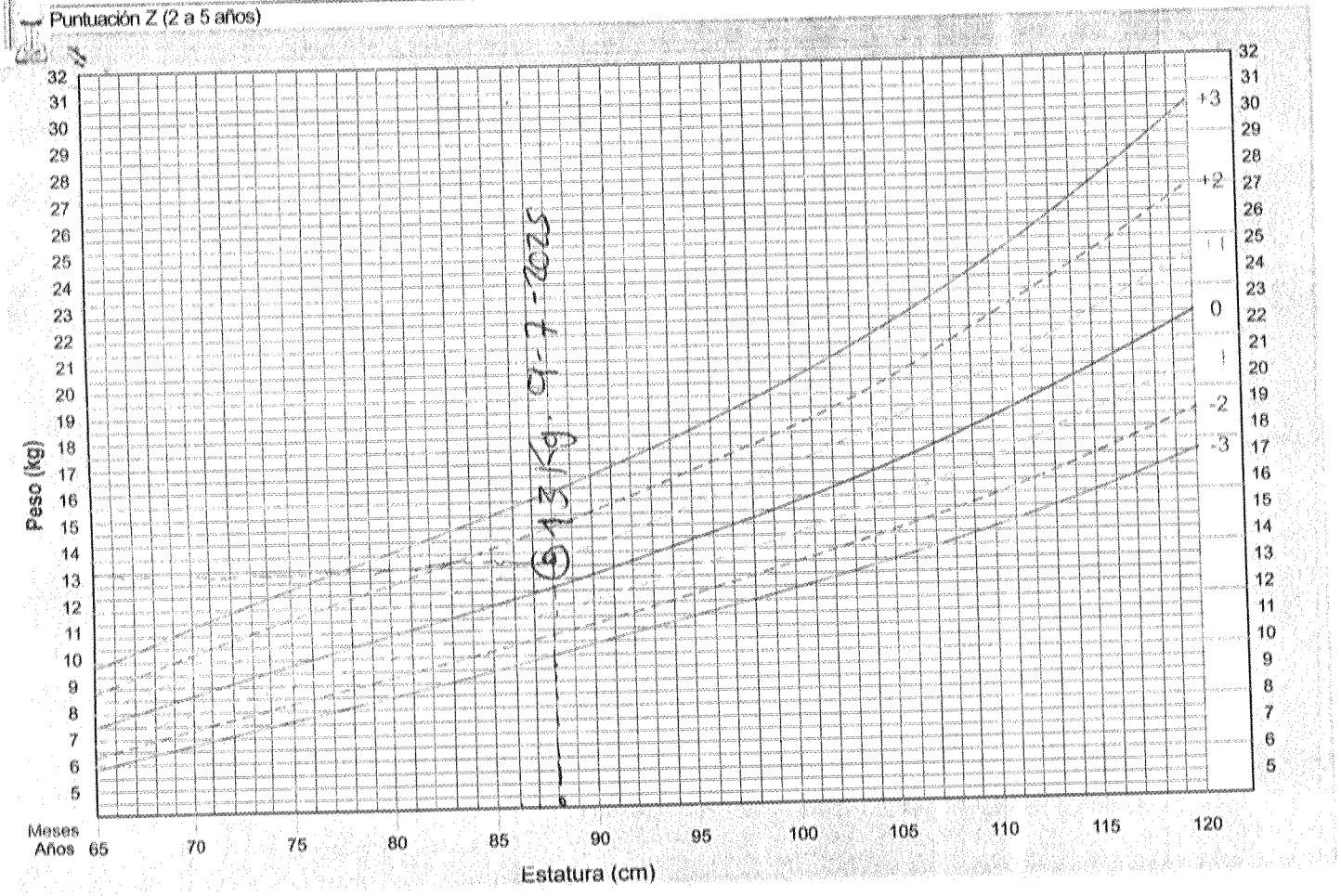
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niños

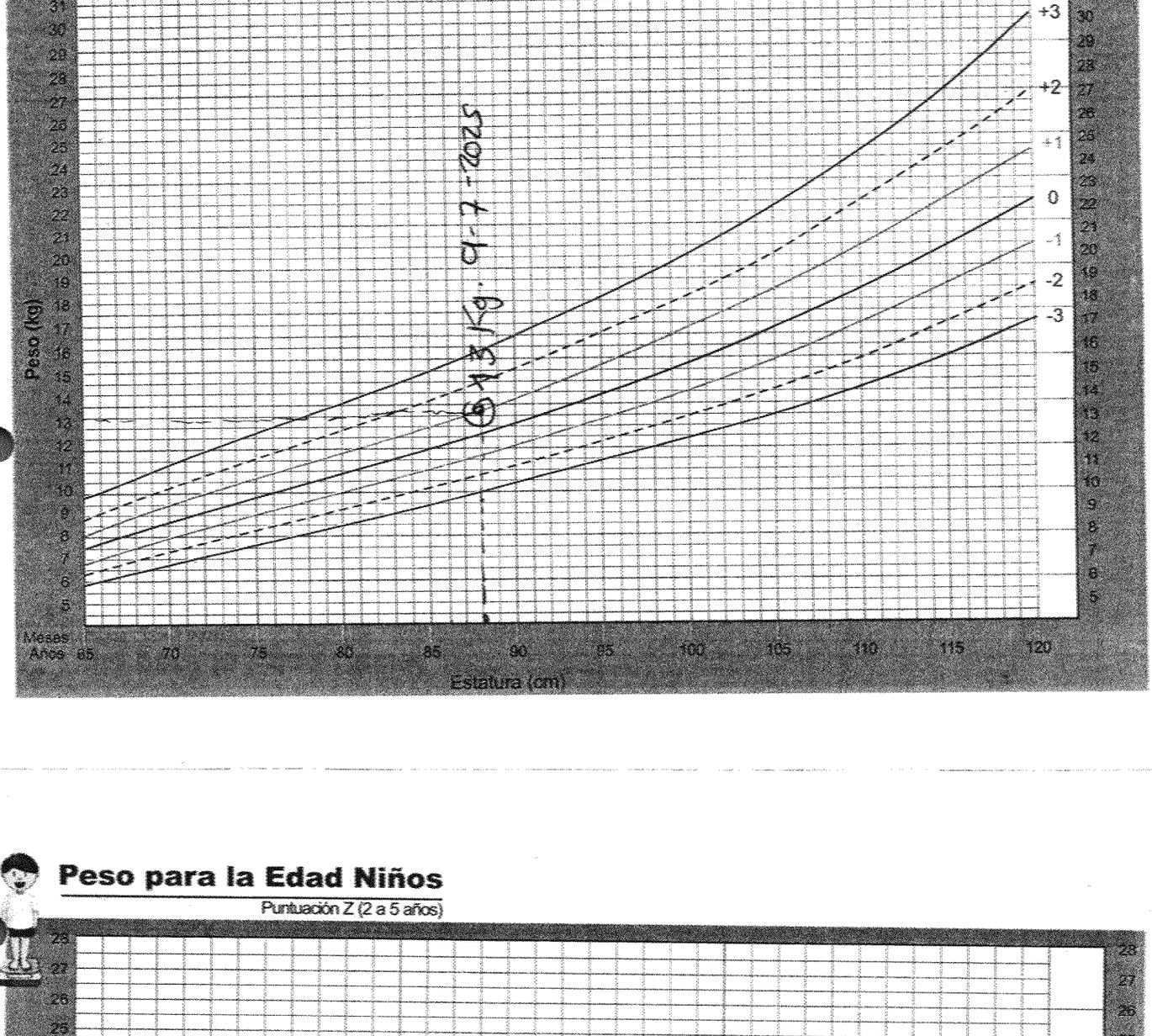
Puntuación Z (2 a 5 años)



(26)

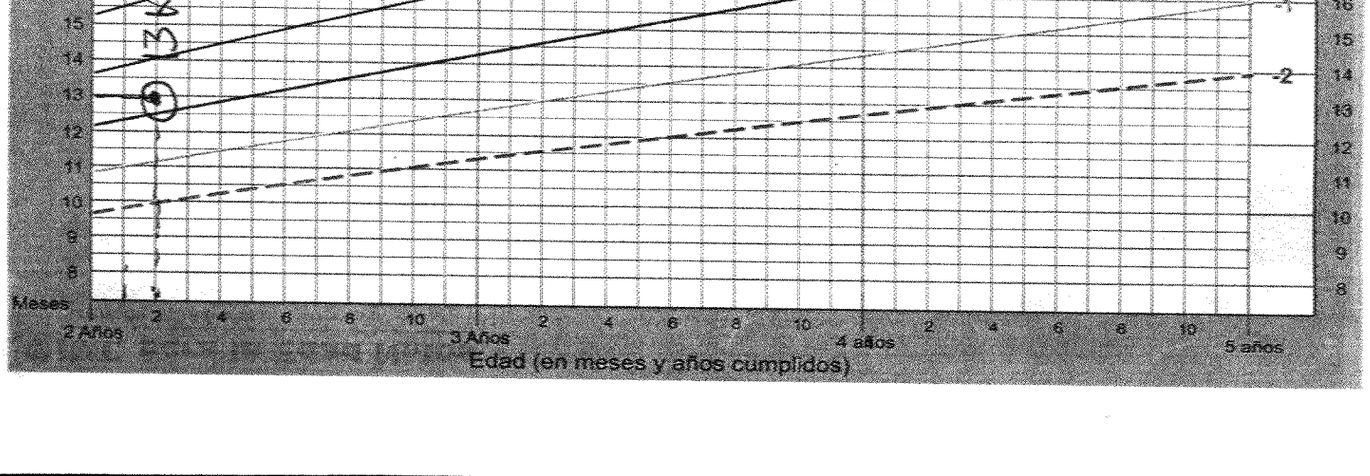
Peso para la Talla Niños

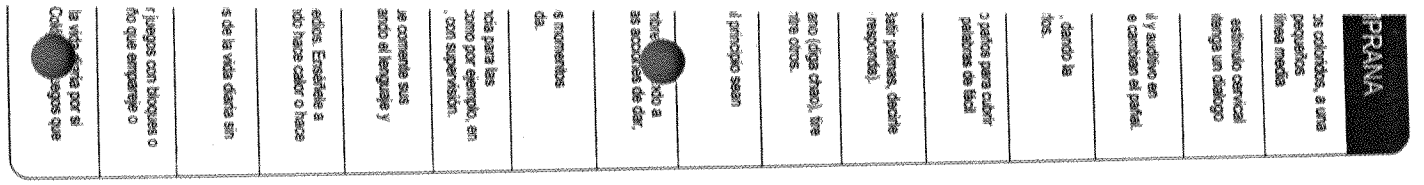
Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)





Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
9-7-2025	13	88	50	16	16.8.	21-Nov-2025	Mora Sra.

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
09	Julio	2025	Medico	✓	
27	Noviembre	2025	Jefe		



Ministerio de Salud Pública
Programa Ampliado de Inmunizaciones

CARNÉ ÚNICO DE VACUNA

Piaguaje Chinguad Joan Ezequiel
APELLIDOS Y NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO: Día 27 Mes 05 Año 2023

LUGAR DE NACIMIENTO:

NÚMERO C.I: 1 7 6 1 7 2 6 0 1 5

NACIONALIDAD: Ecuatoriana

LA REVOLUCIÓN CIUDADANA Avanza!

Ministerio de Salud Pública

Esquema de vacunación niños menores de un año

Tipo Vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres y apellidos del vacunador	Establecimiento de Salud
			día	mes	año				
*BCG	1	Dentro de las 24 horas	28	05	2023	15 H	[illegible]	Lic Cuyo	HEDC
Hepatitis B (HB cero)	1	Dentro de las 24 horas	28	05	2023	15 H	[illegible]	Lic Cuyo	HEDC
**Rotavirus	1a.	2 meses	28	7	23	2m	[illegible]	Lic Cuyo	CS Tabacundo
	2a.	4 meses	28	08	23	3m	[illegible]	Lic M	C. S Tabacundo
Pentavalente	1a.	2 meses	28	7	23	2m	[illegible]	Lic Acuyo	CS Tabacundo
	2a.	4 meses	28	08	23	3m	[illegible]	Lic M	C. S Tabacundo
	3a.	6 meses	30	10	23	5m		Lic M	CS Tabacundo
***IPV	1a.	2 meses	28	7	23	2m	[illegible]	Lic Acuyo	CS Tabacundo
OPV	2a.	4 meses	29	09	23	4m	[illegible]	Lic Moño	C S Tabacundo
	3a.	6 meses	29	11	23	6m	[illegible]	Lic Fiorella	C.S Tabacundo
Neumococo conjugada	1a.	2 meses	28	7	23	2m	[illegible]	Lic Acuyo	CS Tabacundo
	2a.	4 meses	28	08	23	3m	[illegible]	Lic M	C. S Tabacundo
	3a.	6 meses	30	10	23	5m		Lic M	CS Tabacundo.

* BCG dosis única: se administraría hasta los 11 meses 29 días.

** Rotavirus: La segunda dosis podrá administrarse hasta los 7 meses de edad (7 meses 29 días).

*** El intervalo entre fIPV (2) debe ser de 8 semanas.

**** DT sólo ante casos de reacción anafiláctica al componente pertusis de la vacuna pentavalente que incluye componente DPT.

***** El Uso de vacuna HB pediátrica en niñas que tuvieron reacción anafiláctica pentavalente. Se administrará HB pediátrica más DJ pediátrica.

Esquema de vacunación niños de 12 a 23 meses

Tipo Vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres y apellidos del vacunador	Establecimiento de Salud
			día	mes	año				
SRP (Sarampión, Rubeola, Parotiditis)	1a.	12 meses	30	5	24	1G	[illegible]	Lic M	CS Tabacundo
	2a.	18 meses	19	01	25	18 M	[illegible]	Eduard Ipial	HFLO.
Fiebre Amarilla	1a.	12 meses	30	5	24	1G	[illegible]	Lic M	CS Tabacundo.
Varicela	1a.	15 meses	26	9	24	1G 3m	[illegible]	Lic Alberto	CS Tabacundo
DPT (Difteria, Tosferina, Tétanos)	1er refuerzo (4ta dosis componentes DPT)	18 meses	17	01	25	18 M	[illegible]	Eduard Ipial	HFLO.
bOPV (Poliomielitis)	1er refuerzo (4ta dosis)	18 meses	17	01	25	18 M	[illegible]	Eduard Ipial	HFLO

(Hasta los 5 años)

Esquema de vacunación niños de 5 a 15 años

os de edad

Establecimiento de Salud

ɔcunación contra la poliomielitis
con intervalo de dos meses; la
ɜ colocar la última dosis de bOPV.

ɜ a partir del 2018, que no han
rme a los lineamientos.

r el esquema con bivalente OPV.

con el siguiente esquema: IPV
s m entre dosis, la siguiente

tegral de salud; sin embargo, se
nas que accedan a la vacunación

Otras vacunas
Esquema de vacunación ante shock anafiláctico por componente pertúsico

Tipo Vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres y apellidos del vacunador	Establecimiento de Salud
			día	mes	año				
*DT pediátrica	1ra. dosis	Captación							
	2da. dosis	2 meses después de la 1ra. dosis DT							
	3ra. dosis	6 meses después de la 2da. dosis DT							
**Hepatitis B	1ra. dosis	Captación							
	2da. dosis	2 meses después de la 1ra. dosis HB pediátrica							
	3ra. dosis	6 meses después de la 2da. dosis HB pediátrica							

Observaciones: .....

.....

.....

* DT sólo ante casos de reacción anafiláctica a la vacuna pentavalente que incluye componente DPT.
** HB pediátrica (sólo ante casos de reacción anafiláctica a la vacuna pentavalente que incluye componetes DPT).

Esquema de vacunación influenza estacional

Grupo de riesgo	Dosis	Tipo de vacunas	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres y apellidos del vacunador	Establecimiento de Salud
			día	mes	año				
6 a 11 meses	1a.	INFLUENZA ESTACIONAL	29	11	23	6m	Pico 5923 99	Lic. Figueroa	C.S. Tabacundo
	2a. (al mes de la 1a.)		28	12	23	7m	Pico 5923 99	Lic. Albe	C.S. Tabacundo
12 a 23 meses	Una dosis								
2 años (24 a 35 meses)	Una dosis								
3 años (36 a 47 meses)	Una dosis								
4 años (48 a 59 meses)	Una dosis								
Enfermos crónicos	Una dosis								

16
RV

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 La Dorada FECHA: DÍA 07 MES 10 AÑO 2025 HORA: 02:30pm

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Joan Ezequiel APELLIDOS Piaguaje Chingual

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1127222371

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 27 MES: 05 AÑO: 2023 / 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) temor

¿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: Veronica Chinguad

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

Nombres Leydi Veronica Apellidos Chinguad Combalaza

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006788884

Firma: Veronica Chinguad

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: Sandy Martinez Tec. Aux. en Enfermeria C.C. No. 1122338822

Firma Sandy Martinez Tec. Aux. en Enfermeria C.C. No. 1122338822 Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número Sandy Martinez Tec. Aux. en Enfermeria C.C. No. 1122338822

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFID

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Pdcma60 MUNICIPIO: Jamundi

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.

12

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.788.884**

CHINGUAD CUMBALAZA

APELLIDOS

LEYDI VERONICA

NOMBRES

Veronica Chinguad

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-JUL-2003**

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.46 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

12-JUL-2021 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401800-01263885-F-1006788884-20211106 **0076**170760A 1 56516216

REPÚBLICA DEL ECUADOR

DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN



CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 215015626-9

APELLIDOS Y NOMBRES
PIAGUAJE OTAVALO
DAVINSON YAIMER

LUGAR DE NACIMIENTO
SUCUMBIOS
LAGO AGRIO
NUEVA LOJA

FECHA DE NACIMIENTO 1995-09-29

NACIONALIDAD ECUATORIANA

SEXO M

ESTADO CIVIL SOLTERO

INSTRUCCIÓN
INICIAL

PROFESIÓN / OCUPACIÓN
ESTUDIANTE

E3333I2222

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
PIAGUAJE YAIGUAJE ALFONSO BERNARDINO

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
OTAVALO JIPA AIDA

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN
LAGO AGRIO
2015-01-07

FECHA DE EXPIRACIÓN
2025-01-07

0005837756

Davinson P.O

DIRECTOR GENERAL

FIRMA DEL CEDULADO

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 848.002.396-9

Olga Lucia Cuasquer Pasos
Gerente

Dirección: El Paraíso Cra 7 # 6-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA



E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud

Nombres y Apellidos: [illegible] Ejequiel Paniagua Guevara

Doc. de Identidad: 1024222371

EPS: Emssanar

Teléfono:

Domicilio: Villaparaiso

		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
VACUNACIÓN SEGÚN ESQUEMA	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 ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Fabiana Vasquez
Odontóloga
Reg. [illegible]

04-04-25

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Leydi Veronica Chinguad Identificado con C.C N° 1006788884 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Joan Ezequiel Piaguaje 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 08 Días del mes de Octubre del Año 2025.

Veronica Chinguad
Madre o Acudiente
C.C 1006788884

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	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 Joan Ezequiel Piaguaje Chinguad, identificado (a) con documento de identidad número 1127222371, 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		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Leidi Veronica Chinguad, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006788884 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, adolescentes y jóvenes 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, adolescentes y jóvenes, y 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 Educacion Inicial Campesina (CEIC).

Suscriben:

Firma: Veronica chinguad
Nombre: Leidy Veronica Chinguad
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3188413278
Fecha: 08-10-2025
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.

22
RLV

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Joan Ezequiel Piaguaje IDENTIFICACIÓN: 1127222371 FECHA DE NACIMIENTO: 27/05/2023

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					
01/10/2023	X		09:00		El niño no cuenta con esquema de vacunacion completo, porque no tiene la tercera dosis de influenza, ademas todas sus vacunas son aplicadas en el Ecuador. La madre refiere que no le dieron informacion sobre la vacuna.	Veronica Chingual	Omaira Meneses	Teniendo en cuenta la edad del niño ya no le aplican la vacuna, por lo tanto ya la perdio		

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Joan Ezequiel IDENTIFICACIÓN: 1127222371 FECHA DE NACIMIENTO: 27-05-2023

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					