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,

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



FECHA SOLICITUD CUPO: 27/03/2025 **FECHA INGRESO:** 1/04/2025

UDS: Mis Grandes Soñadores **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Ayleen Maite Paez Gomez

TIENE REGISTRO CIVIL: SI___ NO X **NUIP No.** 2150842041

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? Tiene Cedula de Extranjeria

FECHA NACIMIENTO: 21/Sep/2024 **EDAD:** 6 Meses **MUNICIPIO:** N/A

DEPARTAMENTO: N/A **PAIS:** Ecuador **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: V/Puente Internacional **ESTRATO:** N/A **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: X NO: ___

¿CUAL?: DIMF **MOTIVO DEL RETIRO:** N/A

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

EPS DEL PARTICIPANTE: N/A **SUBSIDIADO:** ___ **CONTRIBUTIVO:**

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: ___ NO: X **DIAGNOSTICO:** N/A

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: ___ NO: X CUAL: N/A

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: ___ NO: X CUAL: N/A

TIENE SISBEN: SI: ___ NO: X PUNTAJE: N/A **DESPLAZADO:** SI: ___ NO: X

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

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Exwin Arley Paez Yumbo

No. IDENTIFICACION: 2150186050 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/Puente I.

CELULAR: 313 403 5144 **E.P.S:** N/A

OCUPACION U OFICIO: Motorista de Botes

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Blanca Mercedes Gomez Miguez

No. IDENTIFICACION: 1550055113 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/Puente I

CELULAR: 321 975 2603 **E.P.S:** N/A

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Blanca Mercedes Gomez Miguez

NUMERO IDENTIFICACION: 1550055113 **CELULAR:** 321 975 2603

DIRECCION: V/Puente Internacional **PARENTESCO:** Madre

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Dayana Ramirez
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

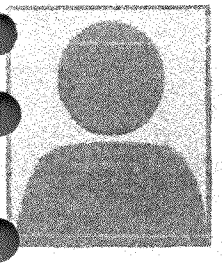
Latitud
N
0°15'14.58"
Longitud
W
76°52'41.56788"
Distancia
11197 yd
Altitud
307 yd a.s.l

REPÚBLICA DEL ECUADOR
Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación

Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

La Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación, en base a la información que tiene registrada, emite el presente certificado:



Nombre del ciudadano: PAEZ GOMEZ AYLEEN MAITE

NUI/Pasaporte: 2150842041 **Sexo:** MUJER

Fecha de nacimiento: 21 DE SEPTIEMBRE DE 2024

Lugar de nacimiento (país/provincia/cantón/parroquia):

ECUADOR/SUCUMBIOS/LAGO AGRIO/NUEVA LOJA

Fecha de registro de nacimiento: 14/10/2024

Lugar de registro de nacimiento (país/provincia/cantón/parroquia):

ECUADOR/SUCUMBIOS/LAGO AGRIO/NUEVA LOJA

Nacionalidad: ECUATORIANA

Tomo / Página / Acta: 13 / 81 / 81

Datos del Padre: PAEZ YUMBO EXWIN ARLEY

NUI/Pasaporte: 2150186050 **Nacionalidad:** ECUATORIANA

Datos de la Madre: GOMEZ MIGUEZ BLANCA MERCEDES

NUI/Pasaporte: 1550055113 **Nacionalidad:** ECUATORIANA

Información certificada a la fecha: 14 DE OCTUBRE DE 2024
Emisor: ALVERCA LOPEZ JUAN CARLOS

Nota: El presente certificado reemplaza a las partidas computarizadas o cualquier documento anterior de ésta índole.

N° de certificado: 243-070-10062

243-070-10062

Lcdo. Ottón José Rivadeneira González
Director General del Registro Civil, Identificación y Cedulación
Documento firmado electrónicamente

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

CENTRO DE SALUD GENERAL FARFAN

MEDICO GENRAL

CEDULA :

PACIENTE:

REGISTRO DE CITAS

FECHA : 21/01/25	HORA: 8:00
FECHA : 21/02/25	HORA: 8:00
FECHA : 28/03/25	HORA: 8:00
FECHA : 25/04/25	HORA: 1 :00
FECHA : 25/05/2025	HORA: 10:00
FECHA : 20/08/2025	HORA: 10:00 AM
FECHA : 22/09/2025	HORA: 08 :00 AM
FECHA : 22/10/2025	HORA: 09:00 Am
FECHA :	HORA:
FECHA :	HORA:

Guíese por el código de color

- Salud infantil, crecimiento y desarrollo en niñas y niños menores de 5 años.
- Esquema de vacunación.

HCU:

CC/CI: Madre 1 5 4 0 0 5 5 1 1 3

CC/CI: Niño/niña 2 1 5 0 8 4 2 0 4 1

Nombres: F/N:

Apellidos: Gomez Miguez

Discapacidad: Sí .... No X Tipo ....

Fecha de nacimiento: 21 | 09 | 2024 (Día | Mes | Año)

Teléfono domicilio: .....

Teléfono celular: .....

Dirección domicilio: Sector el Runte

Nombre de la madre/padre: Blanca Gomez

Zona: 1

Provincia: Sucumbios

Cantón: Lago Agrio

Parroquia: Nueva Loja

Establecimiento de salud: H G M V I

Ministerio de Salud Pública: X

Seguro de la Policía: ☐ Otro: ☐

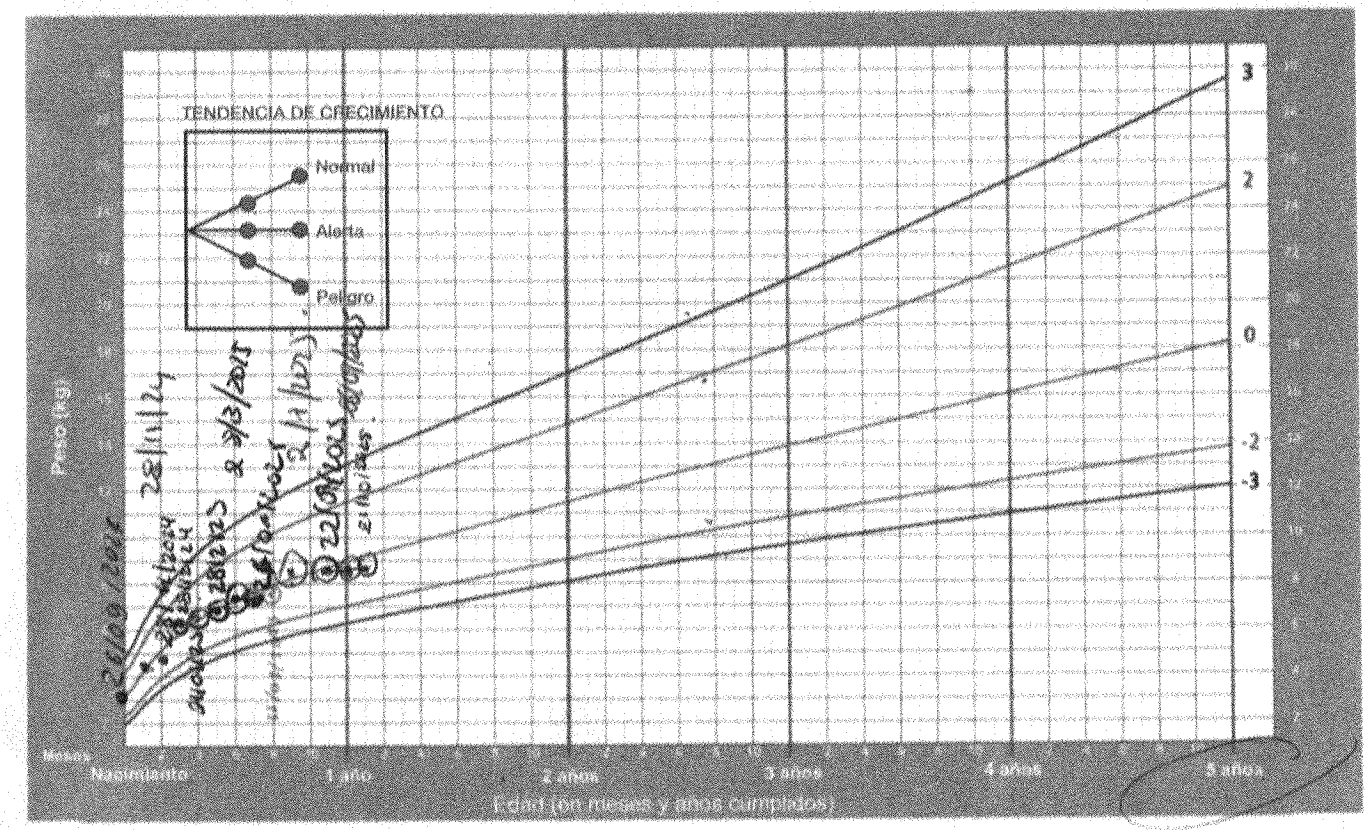
Seguro de las Fuerzas Armadas: ☐

IESS: ☐

Seguro Social Campesino: ☐

Peso para la edad en niñas

Desde el nacimiento hasta los 5 años

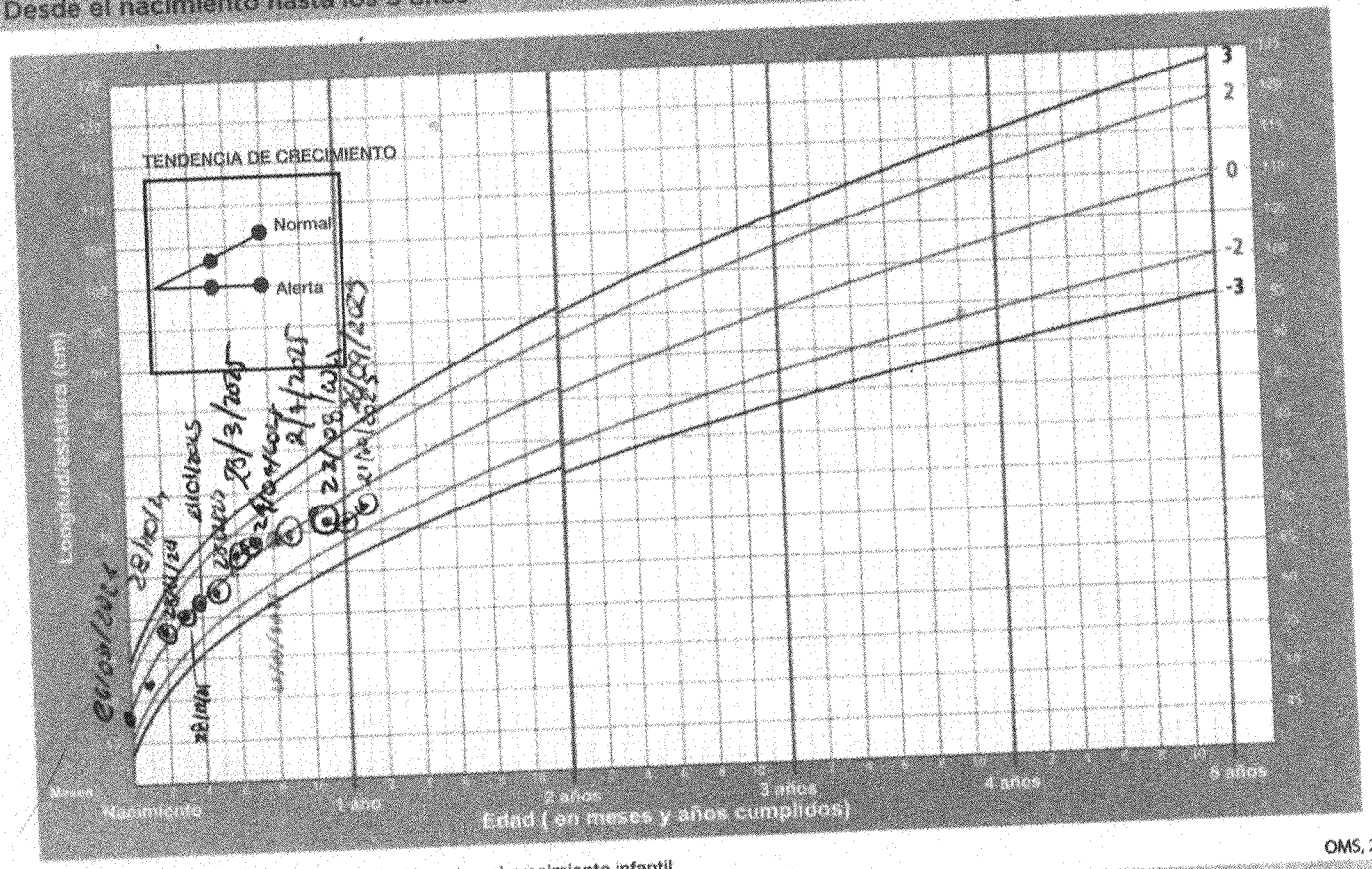


Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2006

Longitud/estatura para la edad en niñas

Desde el nacimiento hasta los 5 años



OMS, 2006

Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

IMC para la edad en niñas

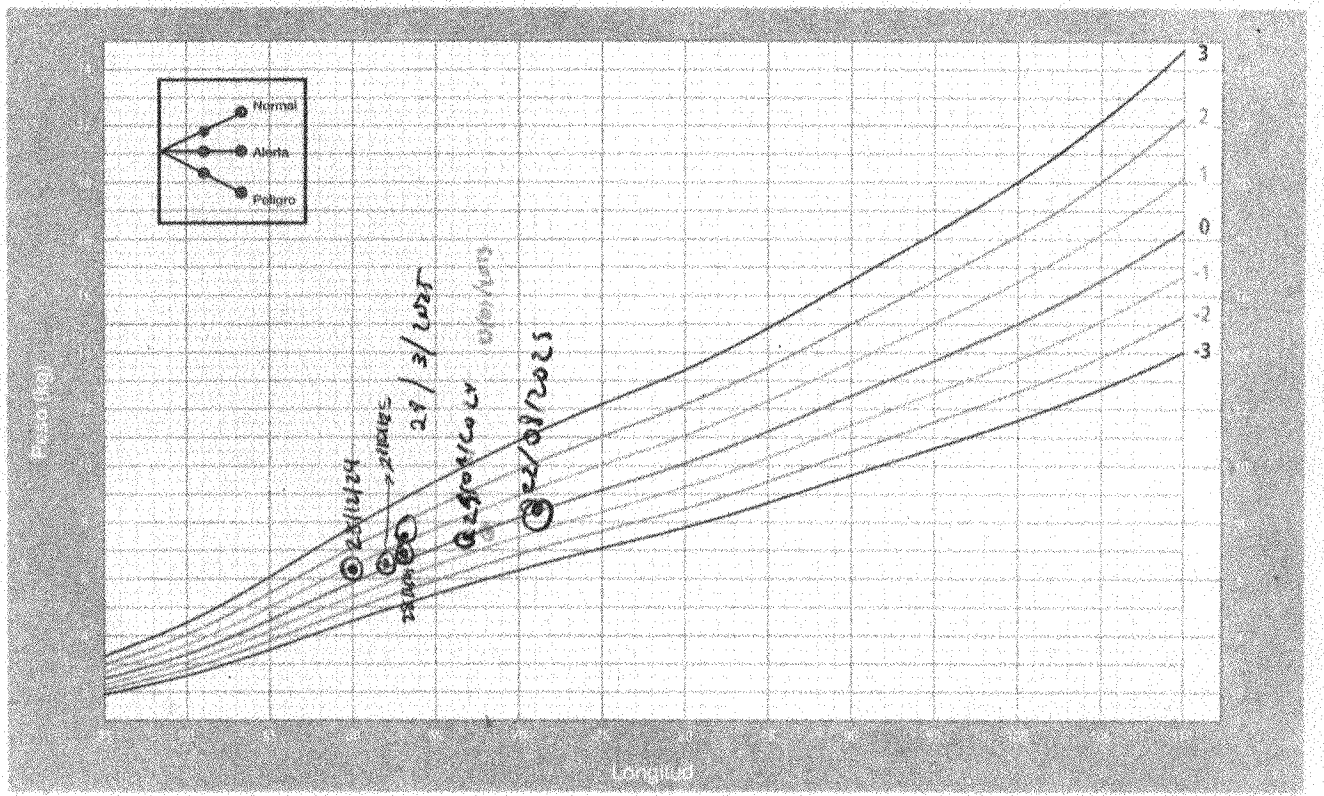
Desde el nacimiento hasta los 5 años

Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2006

Peso para la longitud en niñas

Desde el nacimiento hasta los 2 años

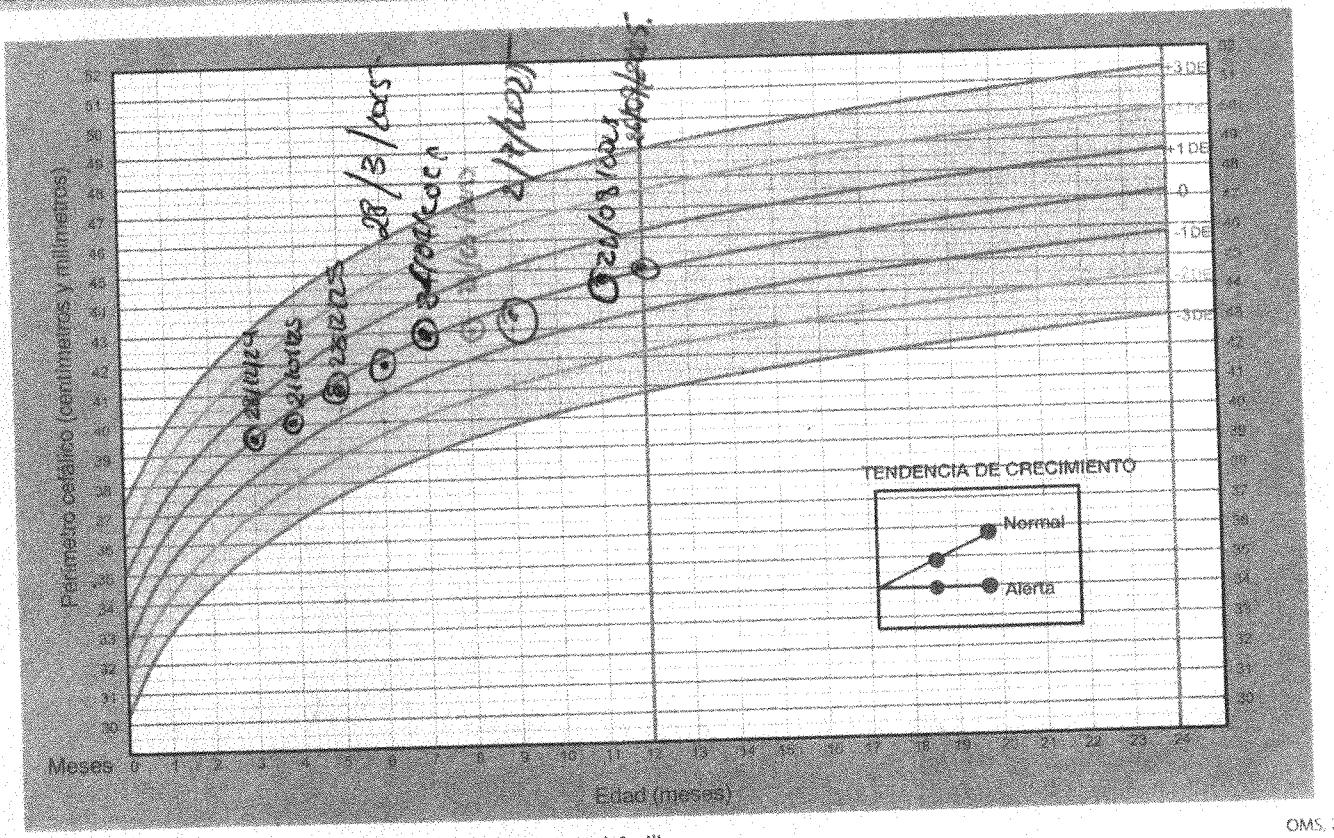


Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2006

Perímetro cefálico para la edad en niñas

Desde el nacimiento hasta los 2 años



Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2007

Control de crecimiento y desarrollo del niño o la niña

De 12 a 23 meses de edad (1 a 2 años)

Fecha de atención			Edad (meses)	Peso (kg)	Longitud (cm)	Perímetro cefálico (cm)	Alimentación						Suplementación		Firma y sello
Día	Mes	Año					Lact. materna		Otras leches		*Otros alimentos		**Micronutrientes en polvo	***Vitamina A	
							Sí	No	Sí	No	Sí	No			
26	09	25	6 Om.	8,37	71	45	—	✓	—	✓	✓	—	NO	SI	DISTRITO DE SALUD 21002 Loja-Zamora-SALUD U.O GENER.. Dr. Danny Flores T MÉDICO RURAL C.I. 1050129129
21	16	25	1alm	8,53	73	45	—	✓	—	✓	✓	—	NO	NO	

* Considere alimentación variada cuando el niño o la niña consume alimentos de varios grupos (lácteos, frutas, verduras, carnes, cereales, tubérculos, legumbres y grasas saludables).

**La normativa de suplementación con hierro en polvo indica que el rango de edad para iniciarla es de 6 a 23 meses (un sobre pasando un día, hasta completar 90 sobres).

***La suplementación con vitamina "A" debe ser supervisada por un médico . No sobrepase la dosis (200.000 UI cada 6 meses).

Neurodesarrollo - Test Denver II

Fecha de atención			Edad	Resultado		
Día	Mes	Año		Normal	Dudoso	Retraso

Se recomienda una valoración mensual de neurodesarrollo hasta los 2 años (mínimo una cada 3 meses).

Tamizaje auditivo

Esta prueba se aplicará a los niños o niñas hasta los 5 años.

Hitos del desarrollo

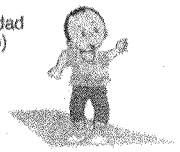
Sube gradas a los 17 meses de edad (aproximadamente)

Sí ◯ No ◯



Camina y habla a los 13 meses de edad (aproximadamente)

Sí ◯ No ◯



Diferencia el día de la noche

Sí ◯ No ◯

Acepta comida sólida, semisólida y variada

Sí ◯ No ◯

◯ *Alerta*

Registro de vacunación

Niños y niñas menores de 1 año

Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
*bCG (Meningitis)	Dosis única	Dentro de las 24 horas	21	09	24	6Hrs	037AA059	Lic. Flavia	H6MV1
HB cero (Hepatitis B)	1° dosis	Dentro de las 24 horas	21	09	24	6Hrs	0323X022E	Angeles	H6MV1
**Rotavirus (Diarrea)	1° dosis	2 meses	21	11	24	2m	ARGLD024AA	Lic. P.A	C.S.G.F
	2° dosis	4 meses	21	12	24	3m	ARGLD024AA	Lic. H.H	C.S.G.F
***Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis, Neumonía)	1° dosis	2 meses	21	11	24	2m	22010338238	Lic. P.A	C.S.G.F
	2° dosis	4 meses	21	12	24	3m	22010338238	Lic. H.H	C.S.G.F
	3° dosis	6 meses	1	4	25	6m	22010338238	Lic. P.A	C.S.G.F
****fIPV (Poliomielitis)	1° dosis	2 meses	21	11	24	2m	232AOOA	Lic P.A	C.S.G.F
	2° dosis	4 meses	1	2	25	4m	23829009	Lic. H.H	C.S.G.F
bOPV (Poliomielitis)	3° dosis	6 meses	1	4	25	6m	18SAP011	Lic. C.V	C.S.G.F
Neumococo conjugado (Neumonía, Meningitis, Otitis)	1° dosis	2 meses	21	11	24	2m	ASPNB356AA	Lic P.A	C.S.G.F
	2° dosis	4 meses	21	12	24	3m	ASPNB356AA	Lic. H.H	C.S.G.F
	3° dosis	6 meses	1	4	25	6m	HJS219	Lic C.V	C.S.G.F

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

**Rotavirus. La primera dosis es hasta los 3 meses 29 días. La segunda dosis podrá administrarse hasta los 7 meses de edad (7 meses 29 días).

***En caso de reacción anafiláctica o alergia a la vacuna pentavalente, colocar vacuna HB pediátrica en el mismo esquema que pentavalente.

****El intervalo entre fIPV (1) y fIPV (2) debe ser de 8 semanas.

Registro de vacunación

Niños y niñas de 12 a 23 meses

Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
SRP (Sarampión, Rubéola, Parotiditis)	1° dosis	12 meses	10	10	25	18 meses	0154W009	Lic YO	CJ6F
	2° dosis	18 meses							
Fiebre amarilla	1° dosis	12 meses	10	10	25	18 meses	Y3031IV	Lic YO	CJ6F
Varicela	1° dosis	15 meses	10	1	Enero	2026			
DPT (Difteria, Tosferina, Tétanos)	4ta dosis	18 meses							
bOPV (Poliomielitis)	4ta dosis	18 meses							

Tamizaje

Anemia

Fecha Día	Mes	Año	Edad	Valor de hemoglobina	Valor de hemoglobina corregido	Resultado normal Sí	No	Tratamiento Sí	No	Observaciones
28	03	25	6m	11.7g/dl	11.7g/dl	✓			✓	CNS.
21	10	25	1a 1m	11,3g/dl	11,3g/dl.	✓			✓	Md Flores

Nota: El diagnóstico de anemia en los niños y las niñas de 6 meses a 6 años se realiza con un valor de hemoglobina por debajo de 11 g/dl.

Ajuste de altitud para medir la concentración de hemoglobina

Altitud (metros sobre el nivel del mar)	Medidas de hemoglobina ajuste g/dl	Altitud (metros sobre el nivel del mar)	Medidas de hemoglobina ajuste g/dl
Menos de 1.000	-0,0		
1.000 - 1.499	-0,2	3.000 - 3.499	-1,9
1.500 - 1.999	-0,5	3.500 - 3.999	-2,7
2.000 - 2.499	-0,8	4.000 - 4.499	-3,5
2.500 - 2.999	-1,3	4.500 - 4.999	-4,5

OMS, 2011
WHO, 2001

Registro de vacunación

Niños y niñas menores de 1 año

Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
BCG*	Única	Recién nacido	21	04	24	6H-	037 MA054	Lic Hans	HSMV1
Hepatitis B (recombinante)	1ª dosis	Recién nacido	21	04	24	6Hrs	0323X072E	Angeles	HSMV1
Rotavirus**	1ª dosis	2 meses	21	11	24	2m	AR010029AA	Lic P.A	C.S. 6-F
Pentavalente	1ª dosis	2 meses	21	12	24	3m	AR010029AA	Lic H.M	C.S.6.F
Antipolio inactivada (IPV)	1ª dosis	2 meses	21	11	24	2m	220103B238	Lic P.A	C.S.6.F
Neumococo conjugada (PCV13)	1ª dosis	2 meses	21	12	24	3m	220103B238	Lic H.M	C.S.6.F
Hepatitis B (recombinante)	2ª dosis	4 meses	1	4	25	6m	220103B238	Lic P.A	C.S.6.F
Antipolio inactivada (IPV)	2ª dosis	4 meses	21	11	24	2m	257A00A	Lic P.A	C.S.6.F
Neumococo conjugada (PCV13)	2ª dosis	4 meses	1	2	25	4m	2329009	Lic H.M	C.S.6.F
DPT (Pentavalente)	2ª dosis	4 meses	1	4	25	6m	1B5A001	Lic C.V	C.S.6.F
Rotavirus (atenuado) (Rotarix)	2ª dosis	4 meses	21	11	24	2m	ARPNB350AA	Lic P.A	C.S.6.F
Pentavalente	2ª dosis	4 meses	21	12	24	3m	ARPNB350AA	Lic H.M	C.S.6.F
Hepatitis B (recombinante)	3ª dosis	6 meses	1	4	25	6m	HJ5219	Lic C.V	C.S.6.F

*BCG dosis única, se administrará hasta los 11 meses 29 días.
**Rotavirus. La primera dosis es hasta los 3 meses 29 días. La segunda dosis podrá administrarse hasta los 7 meses de edad (7 meses 29 días).
***En caso de reacción anafiláctica o alergia a la vacuna pentavalente, colocar vacuna HB pediátrica en el mismo esquema que pentavalente.
****El intervalo entre IPV (1) y IPV (2) debe ser de 8 semanas.

Registro de vacunación

Niños y niñas de 12 a 23 meses

Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
SPR (Sarampión, Rubeola, Parotiditis)	1ª dosis	12 meses	10	10	25	12m	015-40009	Lic Yo	C.S.6.F
Fiebre amarilla	Única	15 meses	10	10	26	15 meses	Y303111	Lic Yo	C.S.6.F
Varicela	Única	15 meses	10	1 Enero	2026				
DPT (Difteria, Tétanos y Tos ferina)	Refuerzo 1er dosis	18 meses							
SPR (Sarampión, Rubeola, Parotiditis)	Refuerzo 2da dosis	18 meses							

Ministerio de Salud Pública

Coordinación Zonal 1

Dirección Distrital 21D02 Lago Agrio-Salud

CENTRO DE SALUD "GENERAL FARFÁN"

CERTIFICADO ODONTOLOGICO

Certifico que: Paez Gomez Ayleen paciente se presentó esta casa de salud

Nro. HCL: 2150842041

Diagnóstico: 2012 (Atención odontalogica)

Otros: _____

Es todo cuanto puedo certificar y decir en honor a la verdad.

General Farfán 23 de Julio del 2025

Atentamente

Dirección Distrital 21D02 Lago Agrio
C.S. General Farfán
Dra. Dennise Achupallas G.
CI: 1726451121
ODONTÓLOGA RURAL
Reg. Senescyt: 1010-2024-2907136

Odont. ACHUPALLAS GAVILANES KIMBERLY DENNISE

ODONTÓLOGA RURAL DEL CENTRO DE SALUD GENERAL FARFÁN

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 1 MES 05 AÑO 2025 HORA: 10:36 am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Aylen Maite APELLIDOS Dael Gomez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☒ OTRO ☐ NÚMERO: 1150849041

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 21 MES: 10 AÑO: 2023 / EDAD: 8 M. años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE

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 acepta 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 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, artículaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatia); 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:** _____ que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Blanca Gomez.

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

Firma: Blanca Gomez.

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 Yulieth Cabezas Meneses

Firma 1126 Jenifer Cabezas Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFGD.

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.

CÉDULA DE IDENTIDAD

REPÚBLICA DEL ECUADOR

DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN

APELLIDOS
GOMEZ
MIGUEZ

CONDICIÓN **CIUDADANIA**



NOMBRES
BLANCA MERCEDES

NACIONALIDAD
ECUATORIANA

FECHA DE NACIMIENTO
23 FEB 2003

SEXO
MUJER

LUGAR DE NACIMIENTO
NAPO TENA
PUERTO MISAHUALLI

No. DOCUMENTO
0210390957

FECHA DE VENCIMIENTO
01 FEB 2032

FIRMA DEL TITULAR

NATICAN
837960

NUI.1550055113

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
GOMEZ OCAMPO FREDDY GEOVANNY

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
MIGUEZ INCA MARIANA EDELMIRA

ESTADO CIVIL
SOLTERO

CÓDIGO DACTILAR
V2233V4222

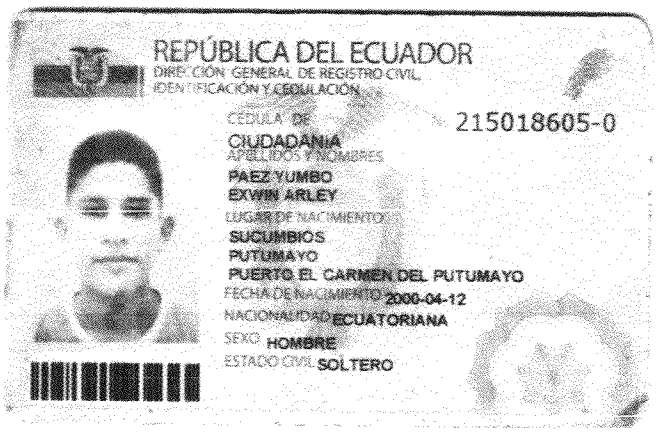
TIPO SANGRE **N/R**

DONANTE
No donante

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN
TENA 01 FEB 2022

DIRECTOR GENERAL

I<ECU0210390957<<<<<1550055113
0302232F3202012ECU<NO<DONANTE5
GOMEZ<MIGUEZ<<BLANCA<MERCEDES<



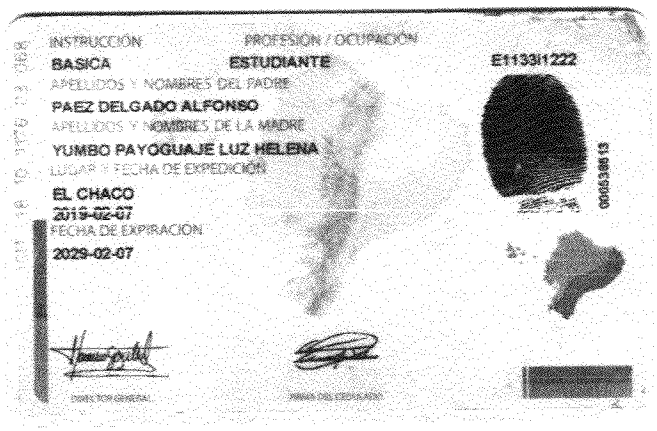
REPÚBLICA DEL ECUADOR
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL,
IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN

CÉDULA DE CIUDADANÍA
No. 215018605-0

APELLIDOS Y NOMBRES
PAEZ YUMBO
EXWIN ARLEY

LUGAR DE NACIMIENTO
SUCUMBIOS
PUTUMAYO
PUERTO EL CARMEN DEL PUTUMAYO

FECHA DE NACIMIENTO 2000-04-12
NACIONALIDAD ECUATORIANA
SEXO HOMBRE
ESTADO CIVIL SOLTERO



INSTRUCCIÓN
BASICA

PROFESIÓN / OCUPACIÓN
ESTUDIANTE

E113312222

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
PAEZ DELGADO ALFONSO

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
YUMBO PAYOGUAJE LUZ HELENA

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN
EL CHACO
2019-02-07

FECHA DE EXPIRACIÓN
2029-02-07

0065386 13

DIRECTOR GENERAL

FIRMA DEL CEDULADO

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Blanca mercedes Gomez Identificado con C.C N° 1350055 113 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Ayleen maite Paz Gomez o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis grandes Soñadores 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 01 Días del mes de 04 del Año 2025.

Blanca Mercedes Gomez Mujer
Madre o Acudiente
C.C 1350055113

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 Ayleen Maite Perez Gomez, identificado (a) con documento de identidad número 1150847041, 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, _____, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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 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 etc.

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: Blanca Mercedes Gomez
Calidad - Titular: _____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3219752603
Fecha: 01-04-2025
Municipio: San Miguel.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): MarQuel Fernanda Mora NOMBRE UCA: Mis Grandes Sonadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Aylen Maite Paez Gomez IDENTIFICACIO: 1250542441 FECHA DE NACIMIENTO: 21/Sep/2021

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					
13-09-2024	X			2:	Realicemos Dialogo con la Madre de La niña quien Nos da a conocer que la niña Cuenta con salud con su Alimentacion para la edad ella Nos dan Conocer que tiene un buen Apetito es activa juega y toma hidratacion. Madre da a conocer que la niña este Con salud.		Stella Gutierrez O.	Orientamos a la Madre que Continue con el Cuidado a la niña la Cual se evidencia que esta activa. juega corre y lo que le Brindan se lo mira con un buen Apetito. Realizamos toma de peso y talla el Cual se encuentra peso Adecuado		Madre esta Compometida a seguir Cuidando de su niña. Seguiremos Atentos a la Salud de la niña por llamadas o wesap. Cualquier novedad Cuando Realicemos
17-Sep 2024	X			2.	la Participante Aylen Maite presenta demora en control y desarrollo	Blanca Gomez		La agente se comunica con la madre para preguntar si la niña tiene actualizado control y desarrollo el cual la madre dice que Fue A la cita. Recuerda nuevamente cuando la madre presente documentacion	La agente estara comunicandose con la madre Para recordarle llevar y tener al dia el control de la niña.	madre compromete llevar documentacion al dia.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACIÓN INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Marquery Moig NOMBRE UCA: Mis grandes Soñadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Ayleen Maite paez IDENTIFICACIO: 2150842041 FECHA DE NACIMIENTO: 21-Sep-2024

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					
29-09 2023	x			2:16.	La participante Ayleen le nace Falta Vacunas del 1 añito. tiene cita el 3 de octubre.	Blanca gomez		-la madre le informa que la niña no tiene las vacunas por que le ponen el dia viernes 3 de Octubre	- la agente le estara recordando asistir a la cita para la aplicación de las vacunas. - Se cerrara novedad cuando la madre cumpla con el compromiso.	- Se compromete la madre asistir el dia viernes. y la aplicación de la vacuna del 1 er añito.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

20
12IV

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): MAIQUELY MORA

NOMBRE UCA: MIS GRANDES SOÑADORES

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: AYLEEN MARIE PAEZ

IDENTIFICACIO: 21508421411

FECHA DE NACIMIENTO: 21-SEP-2021

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					
29-09-2025	X			2:16	la participante Ayleen le hace falta la Vacuna de primer añito, el cual la madre informa que tenia cita el dia 26 de septiembre el cual requiere que llevo a la niña Pero el centro de salud no esta en servicio de vacunacion, por que deben haber mas de 5 vacunas para la aplicacion de la Vacuna. lo cual queda la vacuna para el dia 3 de octubre de vacunacion	Blanca Gomez		• la madre le informa a la agente que no pudo vacunar a la niña por motivo que el centro de salud no prestaba servicio para Vacunación.		• La madre compromete acistir a la cita el dia 3 de octubre para que le apliquen la vaccna, y asi poder entregar copia de la evidencia del carnet de vacunas el. Se cierra novedad
										cuando la madre acista a la cita con la niña y entre la copia de documentación • Se cierra novedad. la madre cumplio con el compromiso

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

21
V/V

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Margoely Mora NOMBRE UCA: Mis grandes soñadores.

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Ayleen Maite Paez Gomez IDENTIFICACIO: 2150842041 FECHA DE NACIMIENTO: 21-sept-2024.

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					
3-09 2025	X			5:48.	La Participante Ayleen no cuenta con la vacuna del año, no se la han podido aplicar por motivo que se esta recopelando de una gripe leve, el cual no le pueden aplicar la vacuna.	Blanca Goma		-La madre le informa que le hace Falta la vacuna del año lo cual esta pendiente por motivo que la niña esta en recopelacion de una gripe leve.	-La agente estara en comunicación para ver como sigue la niña y estar pendiente a cualquier novedad. -Se aperca novedad cuando la madre acsta a vacunación el dia. 5 de octubre. por acuerdo la cita.	- La madre realizara un compromiso estar primero informando. como sigue la niña. - y complir con el compromiso de aplicar la vacuna. - Se aperca novedad. el dia lo de octubre.
22-10 2025	X		9:30		La paiticipante ayleen no asistio al encuentro.	Blanca Gomez		.La madre de la partici-pante, le informa a la agente que no podria asistir al encuentro. ya que ella debe asistir a una actividad en la escuela frente el sol.		-La madre se compromete asistir en el proximo encuentro.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

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

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

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					

de cero a Siempre

Ciudad San miguel la dorada

Nombre completo de la niña o niño Ayleen Maite Paez Gomez

Fecha de nacimiento 21 09 2024 **N° Documento de Identidad** 1150842041

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 02 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Mauquely Mora

Fecha de registro cualitativo 03 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
Ayleen se encuentra en perfil esperado ya que realiza los ítems acciones de las dimenciones fundamentales que se encuentran en su rango de edad, por lo tanto no se evidencia dificultad ninguna en el 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 Mauquely Mora

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
Ayleen se encuentra en perfil esperado ya que realiza los ítems y acciones de las dimenciones fundamentales que se encuentra en su rango de edad, por lo tanto no se evidencia dificultad ninguna en el proceso de desarrollo.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

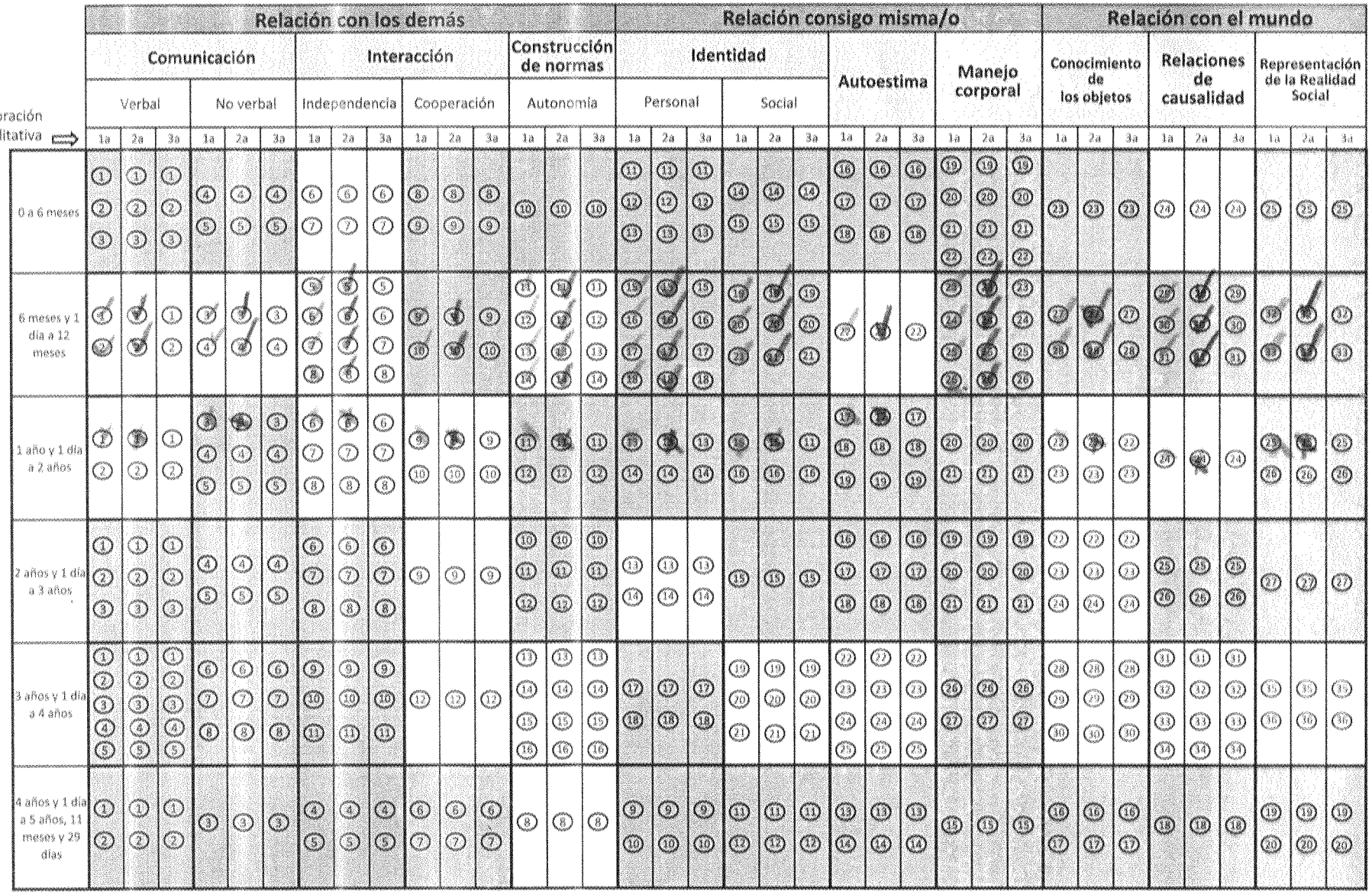
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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