Fundación
Alma de Vida
Forjando sueños de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con otografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar _X_ en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización) ___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,

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: 28-03-2025 **FECHA INGRESO:** 1-04-2025

UDS: Soñadores **MUNICIPIO:** San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Milan Zair Pianda Piaguaje

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 2150801674

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A.

FECHA NACIMIENTO: 08-May-2023 **EDAD:** 1Año/10 M. **MUNICIPIO:** Lago Agrio

DEPARTAMENTO: Sucumbios **PAIS:** Ecuador **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: V/ Los olivos **ESTRATO:** Uno **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: ____ NO: X

¿CUAL?: N/A. **MOTIVO DEL RETIRO:**

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

EPS DEL PARTICIPANTE: N/A. **SUBSIDIADO:** N/A **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: __ 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: Divio Alberdis Pianda Sensaguaje

No. IDENTIFICACION: 2100326871 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/ Los olivos

CELULAR: 3204351898 **E.P.S:** N/A.

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ludi Consuelo Piaguaje Cardenas

No. IDENTIFICACION: 1140434541 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/ Los olivos

CELULAR: 3204351898 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de Casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A.

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Ludi Consuelo Piaguaje Cardenas

NUMERO IDENTIFICACION: 1140434541 **CELULAR:** 3204351898

DIRECCION: V/ Los olivos **PARENTESCO:** Madre.

Ludy Piaguaje.
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

CÉDULA DE IDENTIDAD

REPÚBLICA DEL ECUADOR

DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN

APELLIDOS
PIANDA
PIAGUAJE

CONDICIÓN CIUDADANIA"NNA



NOMBRES
MILAN ZAIR

NACIONALIDAD
ECUATORIANA

FECHA DE NACIMIENTO
08 MAY 2023

LUGAR DE NACIMIENTO
SUCUMBIOS LAGO AGRIO
NUEVA LOJA

FIRMA DEL TITULAR

NUI.2150801674

No Firma

SEXO
HOMBRE

No. DOCUMENTO
071606076

FECHA DE VENCIMIENTO
16 NOV 2033

NATICAN
345246

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
PIANDA SENSEGUAJE DIVIO ALBERDIS

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
PIAGUAJE CARDENAS LUDI CONSUELO

ESTADO CIVIL
SOLTERO

CÓDIGO DACTILAR
XXXXXXXXXX

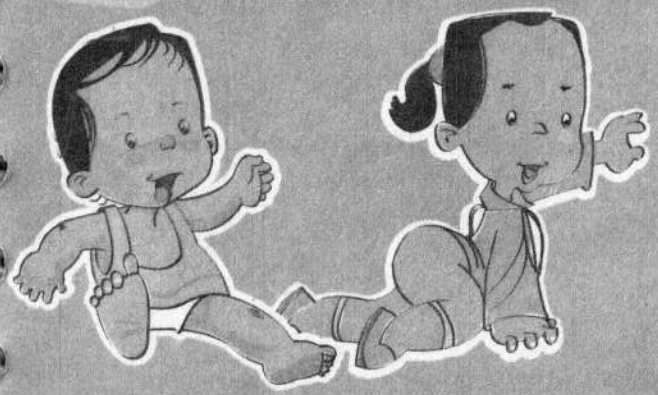
TIPO SANGRE O+

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN
CASCALES 16 NOV 2023

DIRECTOR GENERAL

I<ECU0716060767<<<<<2150801674
2305086M3311167ECU<<<<<<<<<<<0
PIANDA<PIAGUAJE<<MILAN<ZAIR<<<

NIÑO/ NIÑA



Guíese por el código de color

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

HCU: M Y S P I P 2 1 2 0 2 3 0 5 0 8 2

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

CC/CI Niño/niña: 2 1 5 0 8 0 1 6 7 4

Nombres: Mylan Sair

Apellidos: Pinda Piaguaje

Discapacidad: Sí .... No X.. Tipo .....

Fecha de nacimiento: 08 (Día) 05 (Mes) 2023 (Año)

Teléfono domicilio: .....

Teléfono celular: .....

Dirección domicilio: Bermeja - Puerto Bolívar

.....

Nombre de la madre/padre: Lcda. Consuelo Piaguaje

Cuidadora

Zona: 1

Provincia: Sucumbíos

Cantón: Cascales

Parroquia: Santa Rosa

Establecimiento de salud: Santa Rosa

Ministerio de Salud Pública: ☐

Seguro de la Policía: ☐

Seguro de las Fuerzas Armadas: ☐

IESS: ☐

Seguro Social Campesino: ☐

Otro: ☐

Salud infantil

Recuerde: completar esta información por su importancia para los controles subsecuentes y factores de riesgo a considerar dentro de los trastornos del desarrollo infantil.

RECIÉN NACIDO/A

PESO AL NACER: 3500 g — <2500 g ○ — >4000 g ●

P. CEFÁLICO cm: 34,

LONGITUD cm: 50,

EDAD GESTACIONAL: sem. 40 días. — ○ ESTIMADA — FUM ○ — ECO ⊗

PESO E.G.: adec. ⊗ — peq. ○ — gde. ○

APGAR (min): 1er 08 — 5to 09 — 10mo ☐☐ — n/a ○

REANIMACIÓN

	no	si		no	si
estimulac.	⊗	○	tubo endotraq.	⊗	○
aspiración	⊗	○	masaje c.	⊗	○
máscara	⊗	○	medicación	⊗	○
bolsa	⊗	○			

ATENDIÓ

	médico	obst.	enf.	auxil.	estud.	empir.	otro
PARTO	⊗	○	○	●	●	●	●
NEONATO	⊗	○	○	●	●	●	●

LUGAR DE PARTO: Establecimiento de salud ⊗ — Domicilio ● — Otro ●

MÉTODO CANGURO

Amerita	Se aplica
no ⊗	si ○
si ●	no ●

EXAMEN FÍSICO — NORMAL: no ● — si ⊗

DEFECTOS CONGÉNITOS: no ⊗ — menor ○ — mayor ○ — CIE 10 ☐☐☐☐

Tipificación R.N. _____

Vitamina K: no ● — si ⊗

Profilaxis Ocular: no ● — si ⊗

ENFERMEDADES

ninguna ○ — 1 ó más ●

CIE 10 ☐☐☐☐ _____

CIE 10 ☐☐☐☐ _____

TAMIZAJE METABÓLICO: Se realiza ○ — No se realiza ● — n/a ○

TAMIZAJE AUDITIVO: Pasa OI ⊘ OD ⊘ — No pasa OI ● OD ● — No se hace ●

Apego inmediato: no ● — si ⊗

Ligadura de cordón al cesar pulsaciones: no ● — si ⊗

EGRESO RN

PESO AL EGRESO: 3800 g

FECHA AL ALTA: 05 2023

Meconio 1er. día: no ● — si ⊗

Lactancia inmediata: no ⊗ — si ○

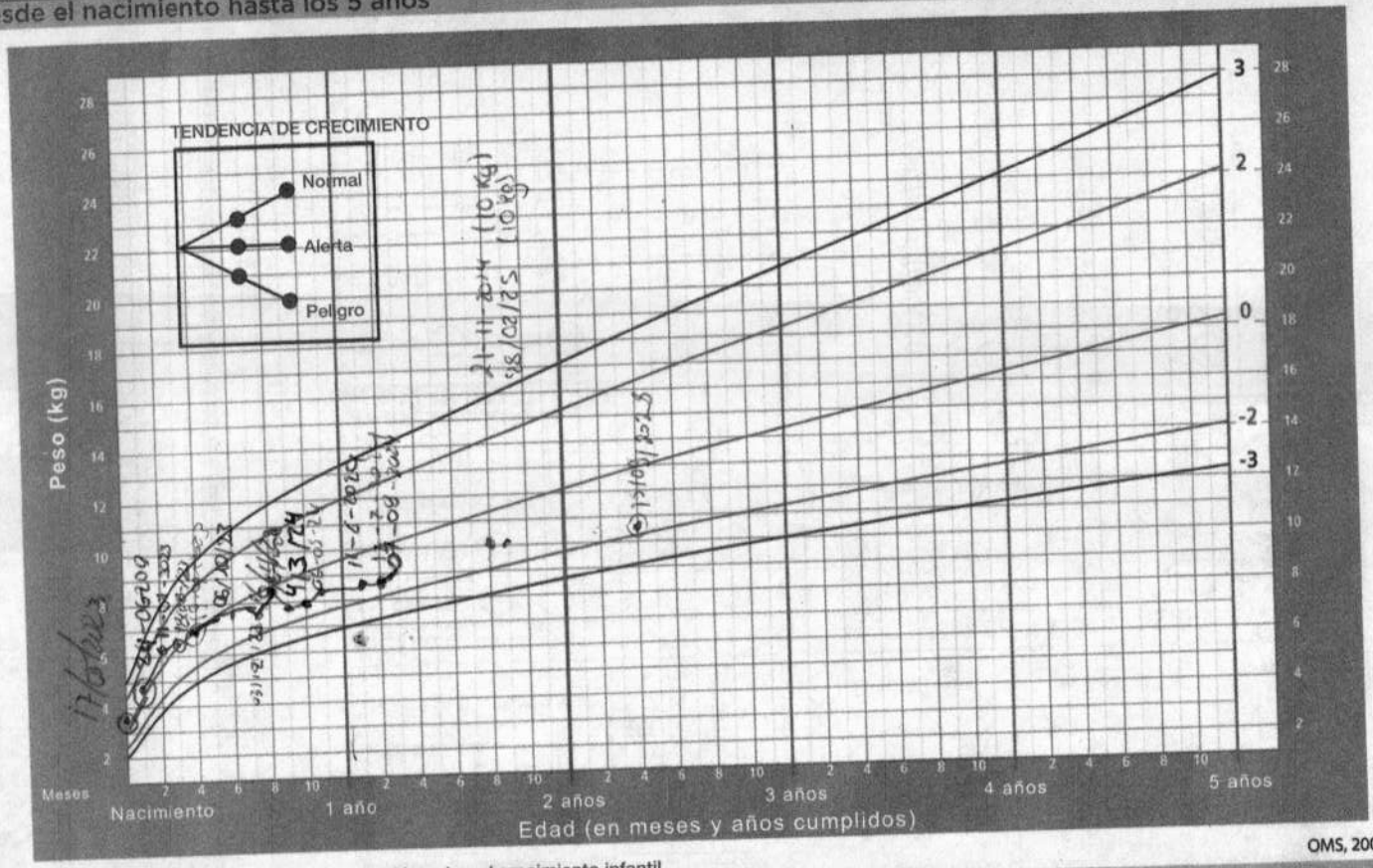
ALIMENTO AL ALTA: lactancia exclusiva ⊗ — parcial ○ — artificial ○ — leche humana ○

Responsable egreso materno / nombres completos / sello _____

○ Alerta

Peso para la edad en niños

Desde el nacimiento hasta los 5 años

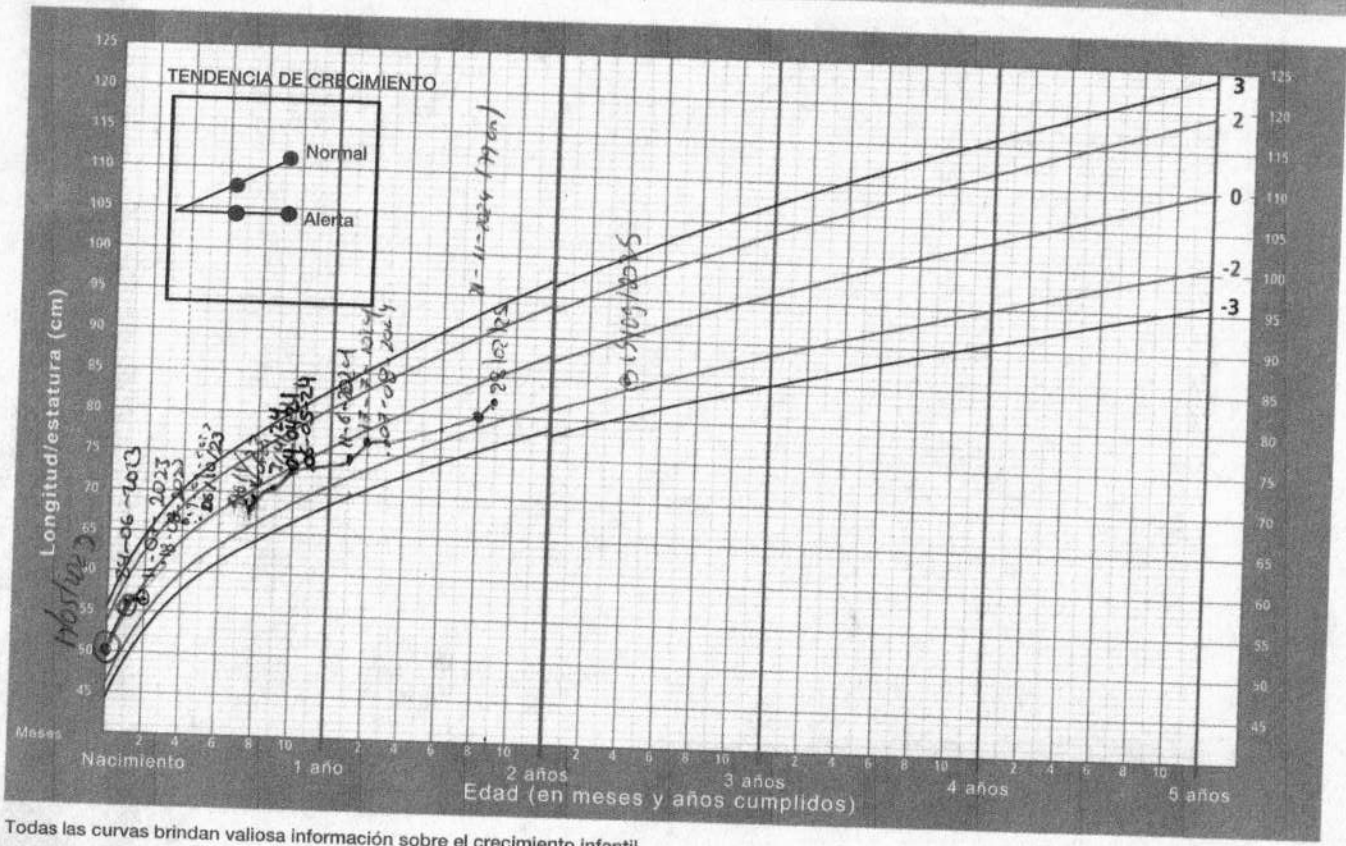


OMS, 2006

Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

Longitud/estatura para la edad en niños

Desde el nacimiento hasta los 5 años

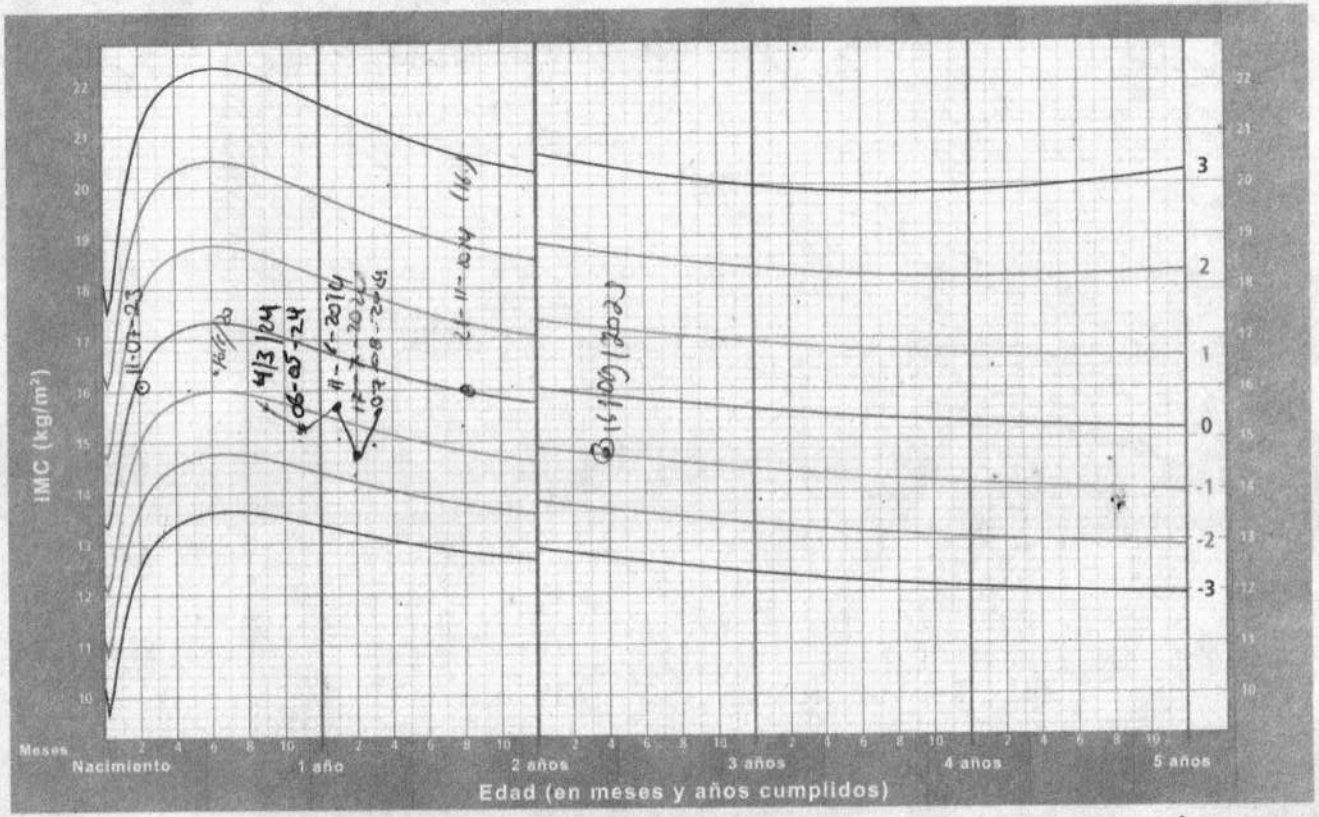


Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2006

IMC para la edad en niños

Desde el nacimiento hasta los 5 años

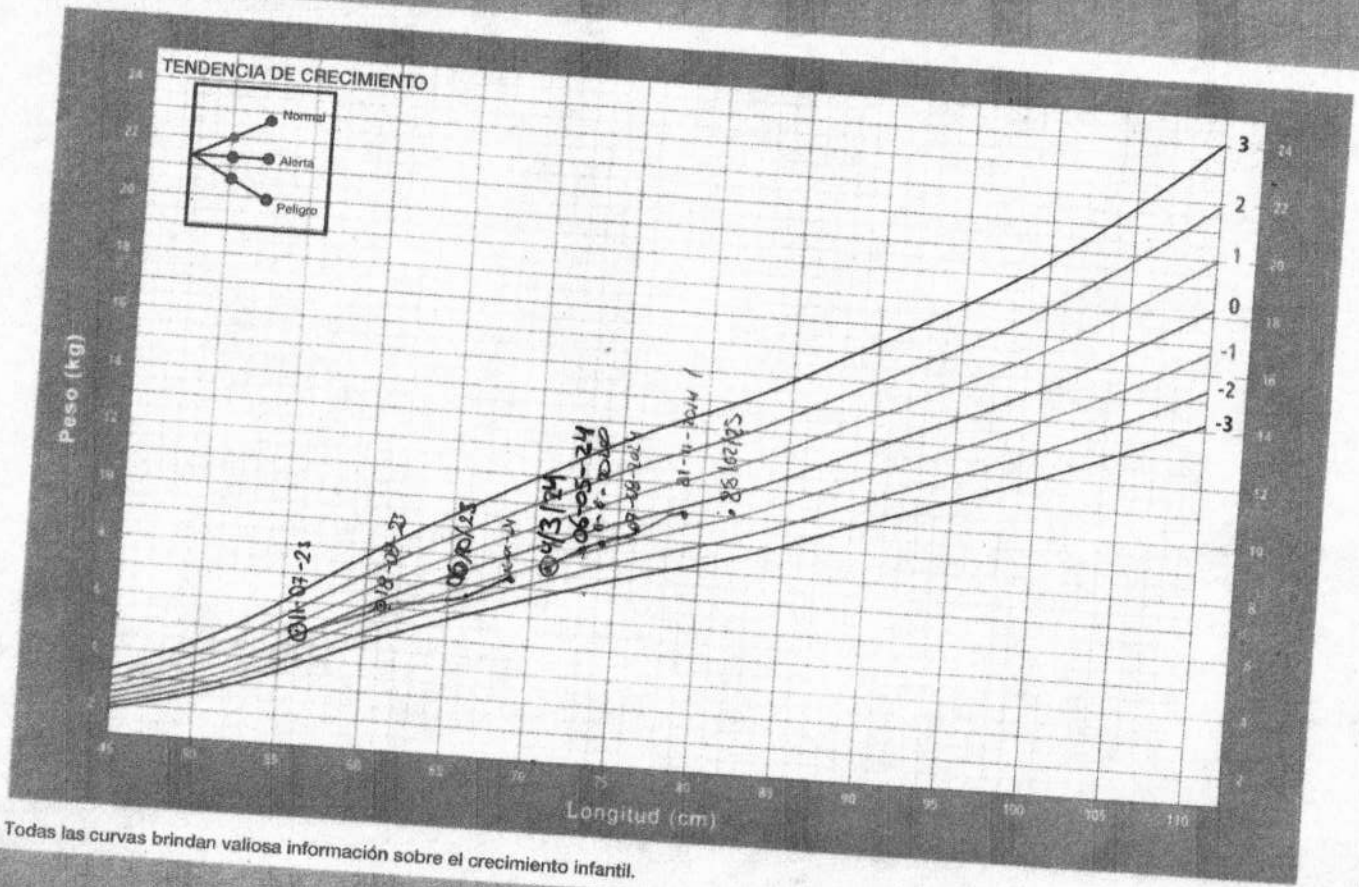


Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2006

Peso para la longitud en niños

Desde el nacimiento hasta los 2 años

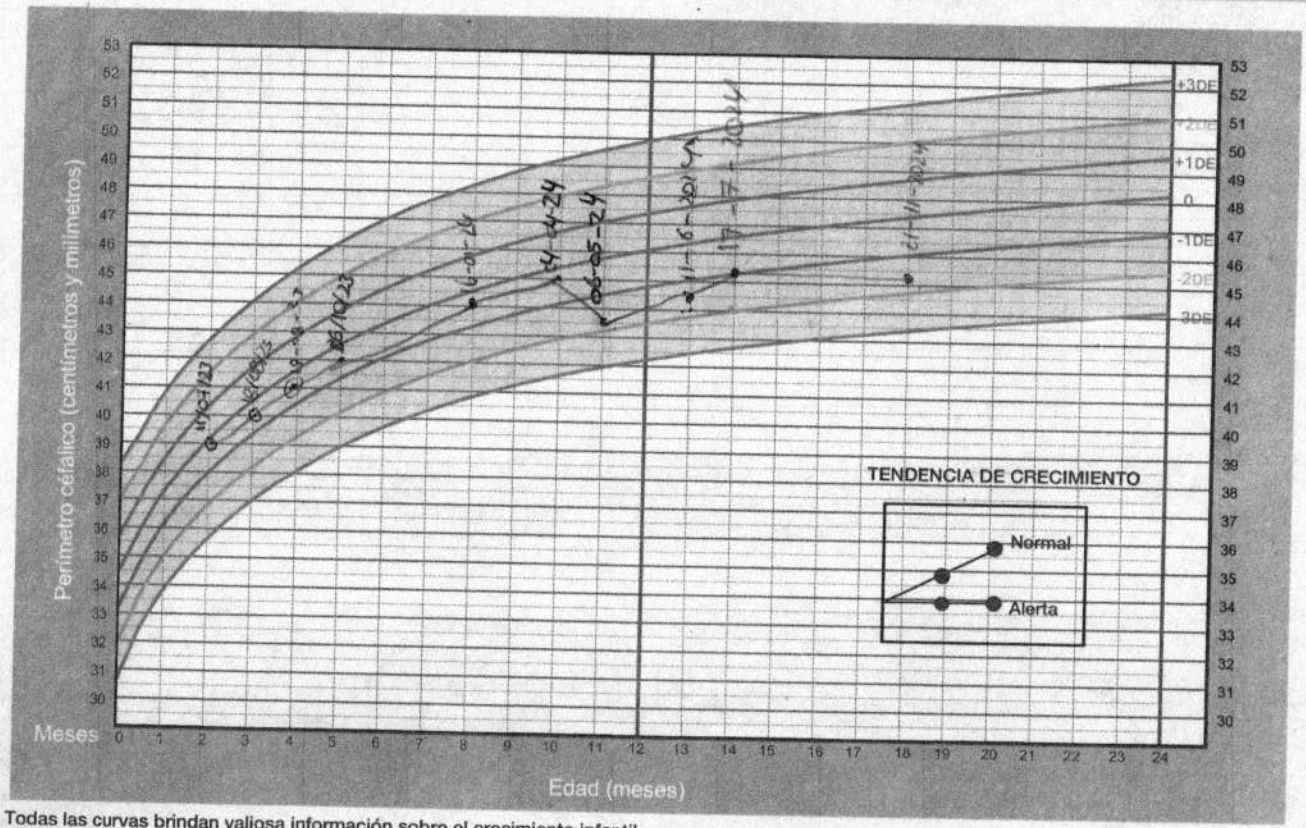


Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2006

Perímetro cefálico para la edad en niños

Desde el nacimiento hasta los 2 años



Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

OMS, 2007

Control de crecimiento de la niña o el niño

De 0 a 11 meses de edad

Fecha de atención			Edad (meses)	Peso (kg)	Longitud (cm)	Perímetro cefálico (cm)	Alimentación						Suplementación		Firma y sello
Día	Mes	Año					Lact. materna Sí	Lact. materna No	Otras leches Sí	Otras leches No	Otros alimentos Sí	Otros alimentos No	Micronutrientes en polvo	Vitamina A	
17	05	23	9dias	3.5	50	34	X			X		X	X No	X No	DISTRITO DE SALUD 21002 LAGO AGRIO U.O SANTA ROSA Viviana Cuenca T. MEDICO RURAL CI 1723091
24	06	23	1 m.	4.6	56.1	35	X			—		—	—	—	2001/
11	07	23	2m	5.3	56.2.	37.5	X			X		X	—	—	2001
18	08	23	3m	6.	61.5	40.	X			X		X	-	-	2001/ RH
19	08	23	4m	6.4	66	41	X			X		X	—	—	2001
06	10	23	5m	6.5	66.5	42	X			X		X	-	-	Dr. Andres Jose C
16	11	23	6m8d	7.7	67.8	43.3	X		X		X				
8	12	23	7m	7.2	68.1	43.9	X		X		X		SI	SI	Dr. Andres Jose DISTRITO DE SALUD 21002 LAGO AGRIO CENTRO DE SALUD CASC
16	01	24	8 m	7.1	69.3	44	X			X	X		SI	SI	Dr. Victor Puente MEDICO RURAL
04	03	24	9m	7.9	71	44.3	X			X	X		—	—	Dr. Andres Jose Médico Rural CI 1761123064
04	04	24	10 m	8	73	4.4	X			X	X		—	—	
06	05	24	11 m	8,3	73,9	44,5	X			X		X	—	—	Dr. Andres J Médico Rur CI 17611230

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 Sí	Lact. materna No	Otras leches Sí	Otras leches No	*Otros alimentos Sí	*Otros alimentos No	**Micronutrientes en polvo	***Vitamina A	
11	06	24	13 m	8.5	74.3	44.5	/			/	/		Si	Si	
17	07	24	14 m	8.6	76.3	45.2	/			/	/		—	—	
17	08	24	15 m	9.1	76.7	45.2	Si	—	Si	—	Si	—	—	—	
21	11	24	18 m	10	79	45.2	Si	—	Si	—	Si	—	Si	—	
28	02	25	1a9M	10	82.5	46	Si	—	NO	—	Si		Si	Si	
24	04	25	1a11m	9.75	82.5	47									
15	9	25	2a4m	10.8	86		Si	—	—	✓	Si		—		

* 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).

DISTRITO DE SALUD 21D02 LAGO AGRIO-S
U. O. SANTA ROSA
DISTRITO DE SALUD 21D02064
Médico Rural
Natalia Carolina Arteaga Amigus
MÉDICO RURAL
DISTRITO DE SALUD 21D02 LAGO AGRIO-SUCUMBIOS
UNICO NUEVA
CI 1723043169

Neurodesarrollo - Test Denver II

Fecha de atención			Edad	Resultado		
Día	Mes	Año		Normal	Dudoso	Retraso
07	08	2024	10 2m	Si		
28	02	25	1a9M	Si		

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*

Tamizaje e hitos del desarrollo

De 0 a 11 meses de edad

Tamizaje metabólico

Fecha de atención			Edad	Resultado normal		Patología
Día	Mes	Año		Sí	No	
17	05	23	9días			

Realizar entre el 4.° y 28.° días de nacida/o

Tamizaje auditivo

Fecha de atención			Edad	Pasa		No Pasa		Referido	
Día	Mes	Año		OD	ID	OD	ID	Sí	No

Neurodesarrollo - Test Denver II *

Fecha de atención			Edad	Resultado		
Día	Mes	Año		Normal	Dudoso	Retraso
16	11	23	6m	X		
21	05	24	11m	X		

*Se recomienda una valoración mensual de neurodesarrollo (mínimo 3 al año).

Hitos del desarrollo

Sostiene la cabeza de 1 a 3 meses de edad
Sí ● No ○



Maneja un adecuado lenguaje corporal con la madre o cuidador
Sí ● No ○

Se sienta de 4 a 6 meses de edad
Sí ○ No ○



Realiza intercambio de miradas
Sí ○ No ○



Hace pinza a los 3 meses de edad
Sí ○ No ○



Gatea o da sus primeros pasos de 10 a 12 meses de edad
Sí ○ No ○

○ *Alerta*

Control de crecimiento y desarrollo del niño o la niña

De 24 a 35 meses de edad (2 a 3 años)

Fecha de atención			Edad (meses)	Peso (kg)	Talla (cm)	*Alimentación variada		**Suplementación	Firma y sello
Día	Mes	Año				Sí	No	Vitamina A	
28	05	25	2ā	10.8	82.5				
5	8	25	2años2m	10.7	84.9				
18	9	25	2a4m	10.8	85	✓		—	DISTRITO DE SALUD 21D02 [illegible] UD UO CENTRO DE [illegible] Harold [illegible] MEDICO CIR. C.I. 17238431[illegible]

* 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 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

Tamizaje auditivo

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

Hitos del desarrollo

Dice y muestra cuántos años tiene — Sí ◯ No ◯

Dice su nombre y apellido — Sí ◯ No ◯

Acepta y comprende el "NO" — Sí ◯ No ◯

Acepta y comprende reglas — Sí ◯ No ◯



Controla esfínteres a los 30 meses de edad (aproximadamente) — Sí ◯ No ◯

◯ *Alerta*

Tamizaje

Anemia

Fecha Día	Mes	Año	Edad	Valor de hemoglobina	Valor de hemoglobina corregido	Resultado normal Sí	No	Tratamiento Sí	No	Observaciones
06	05	2024	11M	10.5	10.5		X	X		Hierro polimaltosado 1ml
11	06	2024	13m	5.1	9.1		X	X		Hierro polimaltosado 2ml
17	07	2024	14m	11.6	11.6	X			X	Alimentación + 1 mes de control
28	02	2025	1a9M	7.7	7.7		X	X		Hierro polimaltosado
21	04	2025	2a1	9.5	9.5		X		X	Hierro Polimaltosado + Sulfato Zinc

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 (Meningitis)	Dosis única	Dentro de las 24 horas	08	05	23	10h	037 2MA016	Lic Sanchez	HMUI
HB cero (Hepatitis B)	1.ª dosis	Dentro de las 24 horas	08	05	23	10h	UFA21008	Lic Sanchez	HMUI
**Rotavirus (Diarrea)	1.ª dosis	2 meses	11	07	23	2m	A90L D493AC	Lic. Hernández	Santa Rosa
	2.ª dosis	4 meses	10	08	23	3m	A90L D5408A	Lic Pozo	Santa Rosa
***Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis, Neumonía)	1.ª dosis	2 meses	11	07	23	2m	2201053222A	Lic. Hernández	Santa Rosa
	2.ª dosis	4 meses	18	08	23	3m	2201053222	Lic Pozo	Santa Rosa
	3.ª dosis	6 meses	19	09	23	4m	2201053222A	Lic Cadena	Santa Rosa
****fIPV (Poliomielitis)	1.ª dosis	2 meses	11	07	23	2m	2239001	Lic. Hernández	Santa Rosa
	2.ª dosis	4 meses	19	09	23	4m	2239001	Lic. Cadena	Santa Rosa
bOPV (Poliomielitis)	3.ª dosis	6 meses	19	11	23	6m	1802P135	Lic. Hernández	Santa Rosa
Neumococo conjugada (Neumonía, Meningitis, Otitis)	1.ª dosis	2 meses	11	07	23	2m	ASPNB346AA	Lic. Hernández	Santa Rosa
	2.ª dosis	4 meses	18	08	23	3m	9SPNB356AA	Lic Pozo	Santa Rosa
	3.ª dosis	6 meses	19	09	23	4m	ASPND396AA	Lic. Cadena	Santa Rosa

*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, Rubeola, Parotiditis)	1.ª dosis	12 meses	09	05	24	1año	0151N006	Lic Cotoc	Santa Rosa
	2.ª dosis	18 meses	28	02	25	1año 9m	0154W003	Lic Cotoc	Santa Rosa
Fiebre amarilla	1.ª dosis	12 meses	09	05	24	1año	X3A89	Lic. Cotoc	Santa Rosa
Varicela	1.ª dosis	15 meses	09	08	24	1a 3m	B0423001	Lic. Cotoc	Santa Rosa
DPT (Difteria, Tosferina, Tétanos)	4.ª dosis (refuerzo 3.ª dosis del componente DPT)	18 meses	20	11	24	1a 6m	2211004238	Lic. Ayala	Santa Rosa
bOPV (Poliomielitis)	4.ª dosis (refuerzo 3.ª dosis)	18 meses	20	11	24	1a 6m	68D23023A	Lic Ayala	Santa Rosa

Esquema de vacunación

Influenza estacional

Edad óptima de vacunación	Vacunas	Dosis	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
6 a 11 meses	Influenza estacional	1.ª dosis	16	11	23	6m	P100592399	LKR	Caraolo
		2.ª dosis (al mes de la primera)	26	12	23	7m	P100592395	Lic. cadena	Santa Rosa
12 a 23 meses (1 a 2 años)		Una dosis	28	02	25	1a9m	V505240094	Lic. EG	Santa Rosa
24 a 35 meses (2 a 3 años)		Una dosis							
36 a 47 meses (3 a 4 años)		Una dosis							
48 a 59 meses (4 a 5 años)		Una dosis							



Otras vacunas de 0 a 15 años

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
BOPV Campaña	1	1a 9m	28	02	25	1a 9m	1394P011	Lic E G	Santa Ros.

Observaciones: .....

Registro de vacunación para niños o niñas desde los 5 hasta los 15 años

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
bOPV	5.ª dosis	5 años							
*DPT	*5.ª dosis	5 años							
HPV	1.ª dosis	9 años (solo niñas)							
	2.ª dosis**								
dT adulto	3.er refuerzo	15 años							

Recuerde: consultar en el establecimiento de salud las vacunas que debe recibir su niño o niña a partir de los 5 años.

*DPT 5.° dosis o 2.° refuerzo: se aplica y se registra siempre y cuando se verifique en el carnet que se han recibido las 3 dosis de pentavalente y la 4. dosis con DPT; caso contrario proceder con la aplicación de: la 1. dosis al primer contacto; 2. dosis al mes de la primera; 3. dosis a los 6 meses después de la segunda ; 4. dosis al año de la tercera ; 5. dosis al año de la cuarta.

**HPV Colocación de segunda dosis a 6 meses después de la primera.

13
RIV

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 La Dorada San Miguel FECHA: DÍA MES AÑO HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Milan Zair APELLIDOS Pianda Piaguaje

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 2150801674

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 8 MES: 05 AÑO: 2023 / EDAD: 2 años 2 Meses

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. 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)

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

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____, identificado(a) con C.C.☐ C.E.☐

OTRO☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma

_____ 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: Kerly Jimenez Zárate

Firma Kerly Jz. Tipo de Identificación: CC☐ CE☐ OTRO☐ Número 1075682134.

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLO

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

14

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.140.434.541**

PIAGUAJE CARDENAS

APELLIDOS

LUDI CONSUELO

NOMBRES

Ludy Piguaje

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-MAR-2004**

PUERTO LEGUIZAMO
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.45	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

02-MAY-2022 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401800-01301374-F-1140434541-20220606 **0079648372A 1** 48965214

CÉDULA DE IDENTIDAD

REPÚBLICA DEL ECUADOR

DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN



APELLIDOS
PIANDA
SENSEGUAJE

CONDICIÓN **CIUDADANIA**



NOMBRES
DIVIO ALBERDIS

NACIONALIDAD
ECUATORIANA

FECHA DE NACIMIENTO
09 NOV 1976

SEXO
HOMBRE

LUGAR DE NACIMIENTO
SUCUMBIOS PUTUMAYO
PTO. CARMEN DEL PUTUMAYO

No. DOCUMENTO
030632098

FECHA DE VENCIMIENTO
21 JUL 2032

FIRMA DEL TITULAR

NUI.2100326871

NATICAN
925586

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
PIANDA SEGUNDO

CÓDIGO DACTILAR
E4343V4442

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
SENSEGUAJE CLELIA

TIPO SANGRE O+

ESTADO CIVIL
SOLTERO

DONANTE
No donante

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN
CASCALES 21 JUL 2022

DIRECTOR GENERAL

I<ECU0306320987<<<<<2100326871
7611094M3207213ECU<NO<DONANTE5
PIANDA<SENSEGUAJE<<DIVIO<ALBER

Ministerio de Salud Pública

UNIDAD OPERATIVA SANTA ROSA

18 de AGOSTO del 2025

CERTIFICADO ODONTOLÓGICO

Por medio del presente pongo en conocimiento a quien corresponda que el paciente **PIANDA PIAGUAJE MILAN ZAIR** de **2** años **3** meses de edad con un número de cédula de identidad: **2150801674** acude a atención odontológica en esta casa de salud.

DIAGNÓSTICO MÉDICO

1. **EXAMEN ODONTOLÓGICO GENERAL**
2. **MEDIDA PROFILACTICA NO ESPECIFICADA**
3. **EXTENCIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO**

CÓDIGO CIE 10

1. **Z012**
2. **Z299**
3. **Z027**

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

1. **PROFILAXIS DENTAL**
2. **FLUORIZACIÓN DENTAL**

OBSERVACIONES:

En todo cuánto puede expresar en honor a la verdad pudiendo hacer uso del presente documento como bien le convenga.

ATENTAMENTE

DISTRITO DE SALUD 21D02 LAGO AGRIO
C.S SANTA ROSA
Od. Alisson Ordoñez C.
ODONTÓLOGA RURAL
C.I. 2100817812

OD. Ordóñez Catota Alisson Mishell

ODONTOLÓGA RURAL DEL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA

EL NUEVO ECUADOR

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Ludi Consuelo Piaguaje Identificado con C.C N° 1140434541 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Milan Zair Pianda Piaguaje o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: 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 Abril del Año 2025.

Ludy Piaguaje

Madre o Acudiente
C.C 1140434541

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 Milan Zair Pianda Piaguaje, identificado (a) con documento de identidad número 2150801674, 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	x	Videos	x	Otros datos personales	x

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Ludy Consuelo Piaguaje, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1144043454 1, 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	x	Videos	x	Otros datos personales	x

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 E . I . C

Suscriben:

Firma: Ludy Piaguaje
Nombre: Ludi consuelo Piaguaje Cordenas
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3204351898
Fecha: 01-04-2025
Municipio: _____

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Angel Madroñero NOMBRE UCA: Soñadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Milan Zair Pianda Piaguaje IDENTIFICACIO: 1150801674. FECHA DE NACIMIENTO: 08-May-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					
22-07-2025	+		11:30 Aml		A la fecha el niño no cuenta con la ficha sisben y el adres. El padre manifiesta que esta haciendo la gestión para sacar estos documentos tan importantes para el usuario.			Concientizar a los padres para que hagan lo más pronto la diligencia de estos documentos.		El padre se compromete a gestionar y sacar lo más pronto estos documentos 19-08-2025.
16-09-2025	+			1:00 pm.	En cuanto a la ficha del sisben y Adres la madre manifiesta que se le dificultad hacer esta diligencia de doble nacionalidad que no la va ha realizar por la situación economica, pero que lo va a garantizar todos los servicios de salud a su hijo. Manifiesta que en el ecuador no se hace necesario de estos documentos para la atención médica.	Leidi Piaguaje		Se concientiza a la madre sobre la gran responsabilidad de garantizar los los servicios de salud al niño.	El factor principal de la negación a la doble nacionalidad es por la situación economica de la familia es imposible ya que no cuentan con estos recursos para hacer la diligencia.	Se hace un compromiso con los padres para que le garanticen los servicios de salud a su hijo Por tanto se cierra la novedad.