Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar X en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización) ___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7) ___Pertenecientes a Res UNIDOS ___Pertenecientes a Familias en Acción ___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición ___Remitidos por SNBF ___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado) ___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) ___Niños y niñas con discapacidad. ___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ___Población migrante en condición de vulnerabilidad. ___Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
6	Copia del carnet de vacunación.
7	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
8	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
9	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
10	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
11	Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos)
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización.
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
18	Formato de autorización uso de imágenes.
19	Planilla seguimiento nutricional
20	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
21	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa,

	FUNDACION SEPRAES	Código: FO-GG-012
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 265 0/2024

FECHA SOLICITUD CUPO: 28-03-2025 FECHA INGRESO: 1-06-2025

UDS: Soñadores MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Nelly Fabiola Pianda Piaguaje

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 2150729784

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A.

FECHA NACIMIENTO: 24-Agos-2020 EDAD: 3 5Años MUNICIPIO: Lago Agrio

DEPARTAMENTO: Sucumbios PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: Vl Los olivos ESTRATO: N/A. ¿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: N/A 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 Senseguaje

No. IDENTIFICACION: 2100326871 DIRECCION RESIDENCIA: Vl Los olivos

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

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

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: Vl 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: Vl 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
NELLY FABIOLA

NACIONALIDAD
ECUATORIANA

FECHA DE NACIMIENTO
24 AGO 2020

SEXO
MUJER

LUGAR DE NACIMIENTO
SUCUMBIOS LAGO AGRIO
NUEVA LOJA

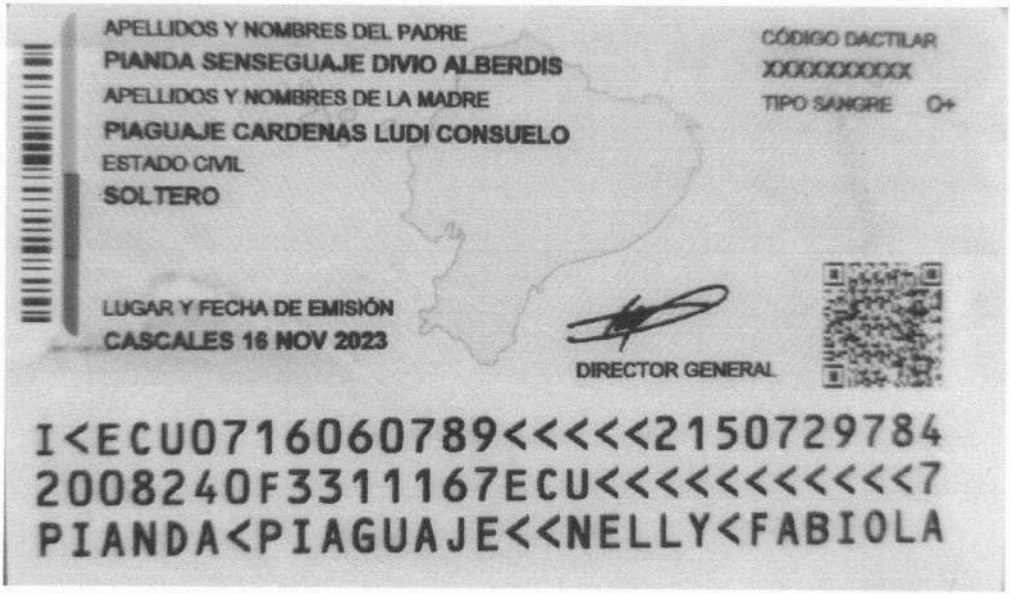
No. DOCUMENTO
071606078

FECHA DE VENCIMIENTO
16 NOV 2033

FIRMA DEL TITULAR
No Firma

NAT/CAN
334499

NUI.2150729784


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<ECU0716060789<<<<<2150729784
2008240F3311167ECU<<<<<<<<<<<7
PIANDA<PIAGUAJE<<NELLY<FABIOLA

LIBRETA INTEGRAL DE SALUD



- ☐ Salud infantil/crecimiento y desarrollo niñas menores de cinco años
- ☐ Esquema de vacunas

C1 2150729784

HCU: NEFP-P21202008242

C.C.: 1974

Nombres: P Nelly Fabiola

Apellidos: Panda Piaguaje

Fecha de nacimiento: 24 08 2020

Teléfono domicilio:

Teléfono celular: 0995926277

Dirección domicilio: Vía Barranca Bermeja

Nombre de la madre/padre: Ludi Consuelo Piaguaje

Zona: 1

Distrito: 21D02

Cantón: Cascales

Provincia: Sucumbíos

Establecimiento de salud: Santa Rosa

Unicódigo:

Seguro de salud:

Seguro de la Policía: ☐ Otro: ☐

Seguro de las Fuerzas Armadas: ☐

IESS: ☐

Seguro Social Campesino: ☐ Ninguno: ☐

ES UN DERECHO RECIBIRLA Y SU DEBER CUIDARLA

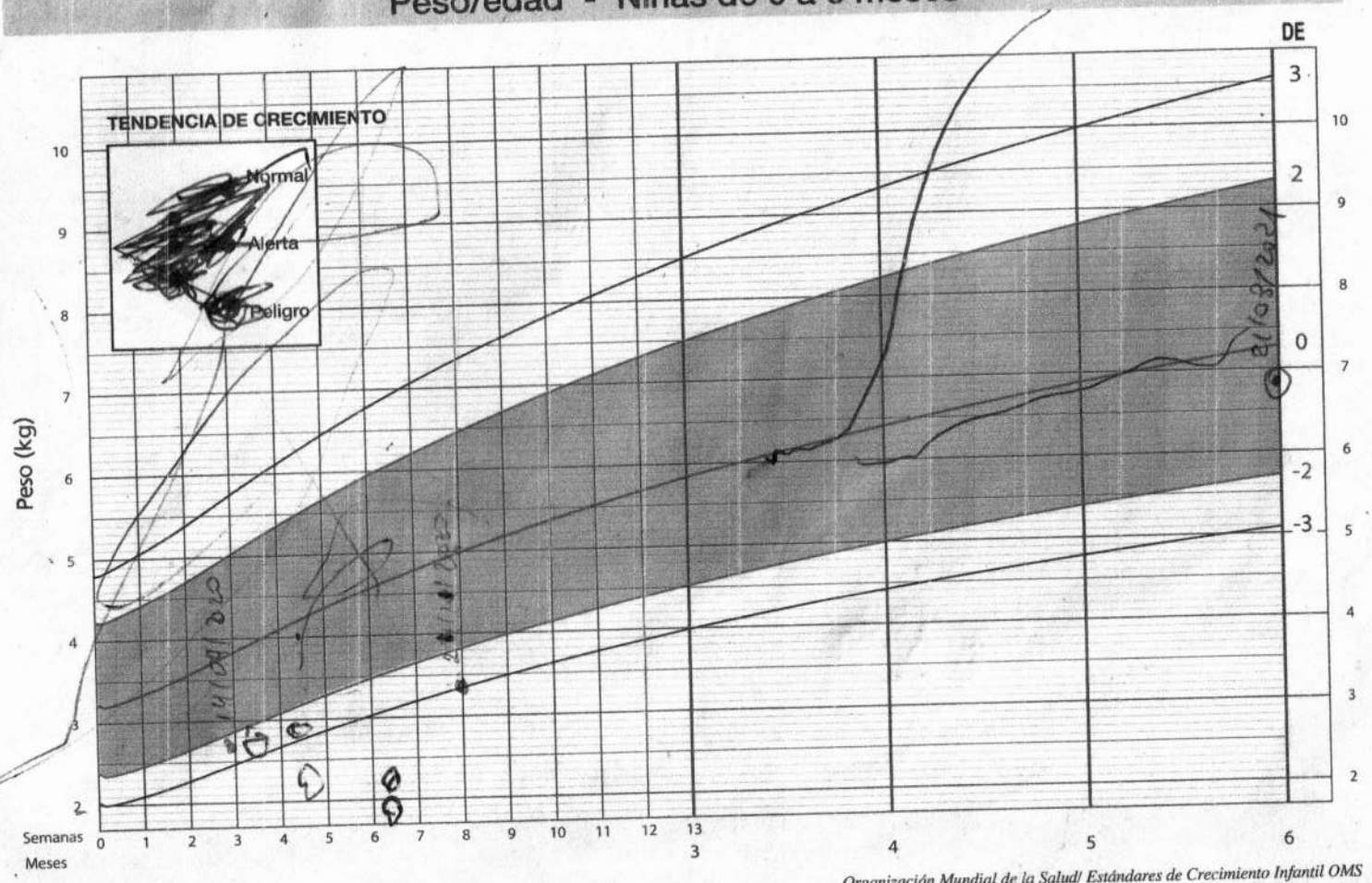
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

1974

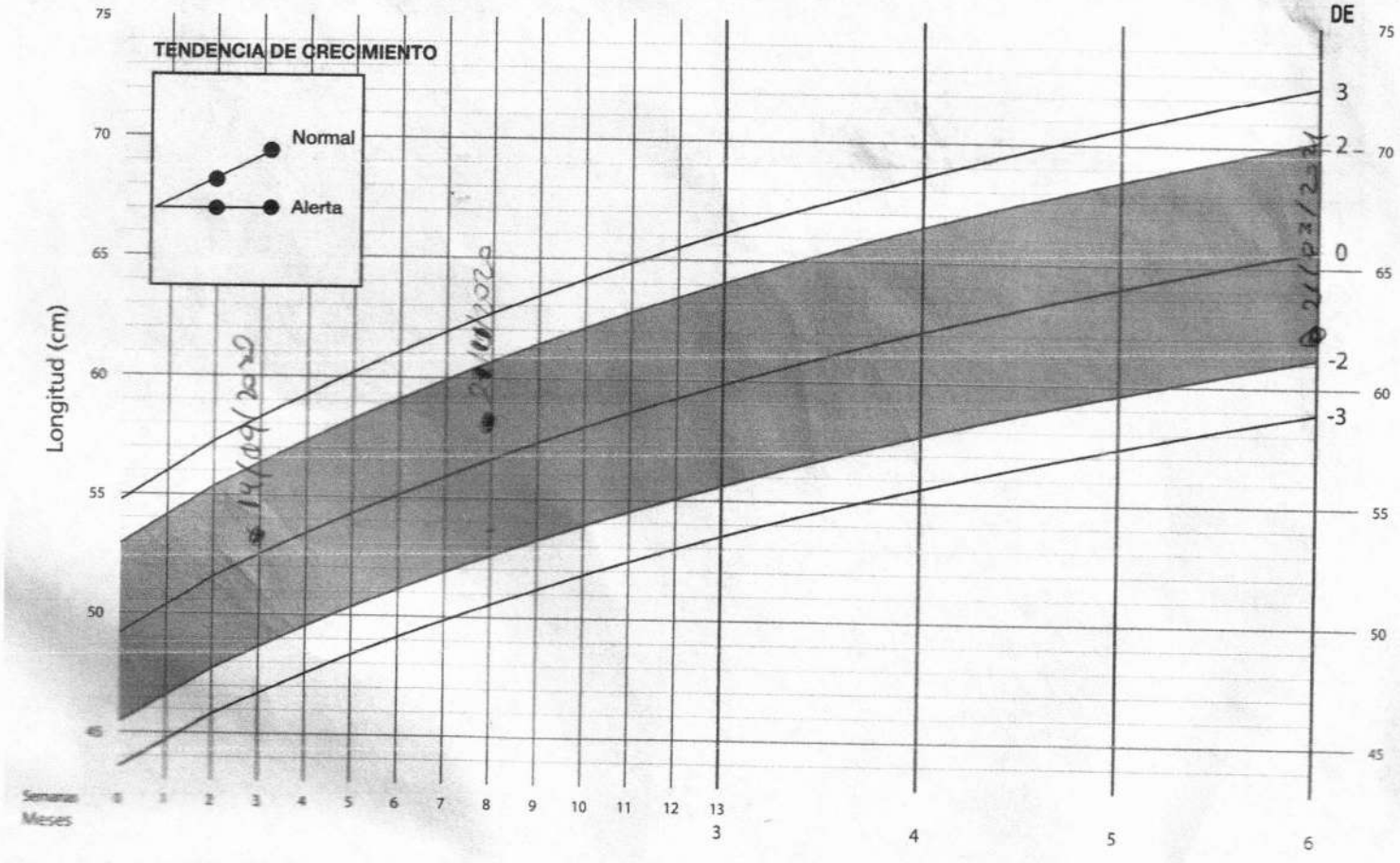
Toda una Vida

EL GOBIERNO DE TODOS

Peso/edad - Niñas de 0 a 6 meses

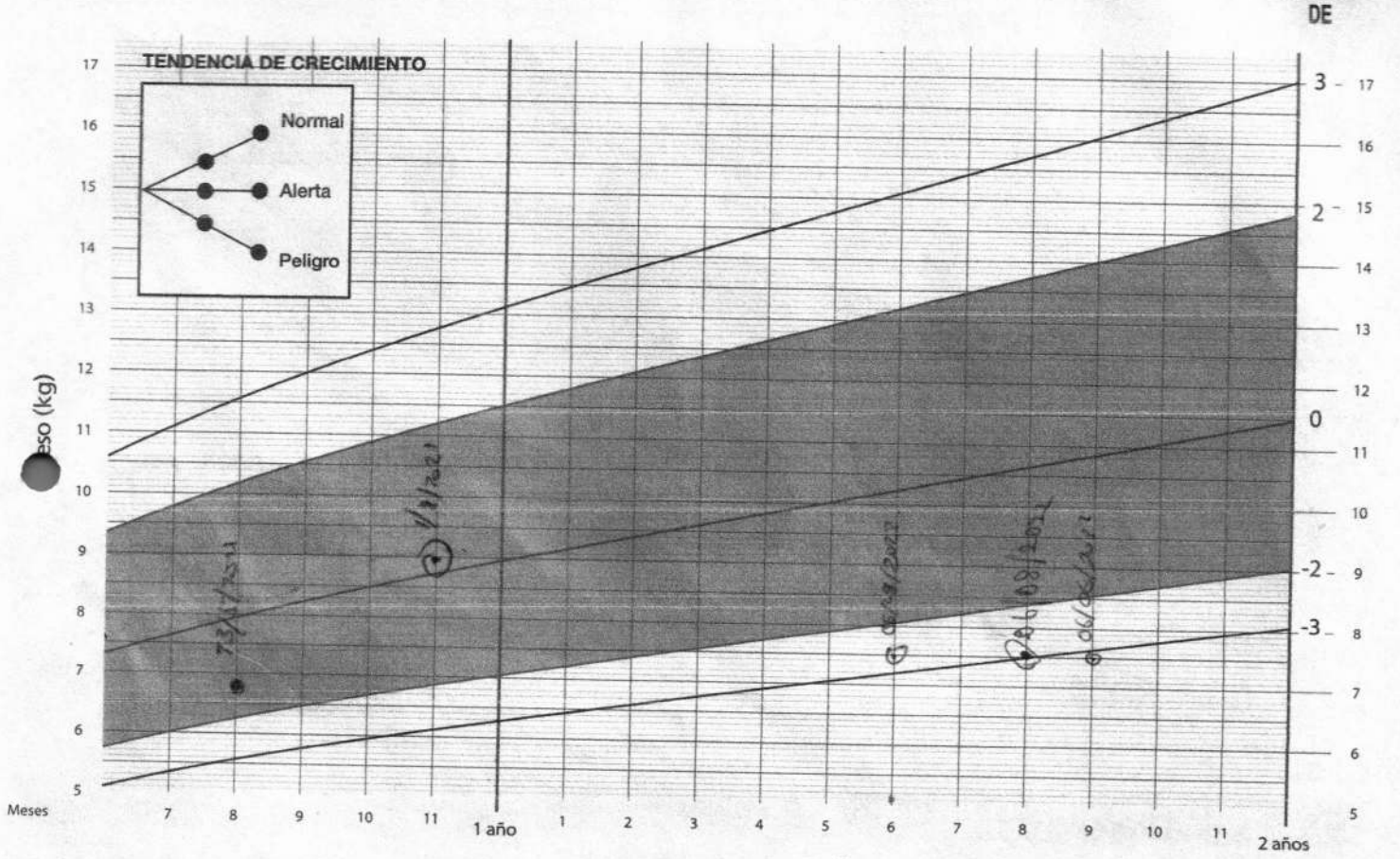


Organización Mundial de la Salud/ Estándares de Crecimiento Infantil OMS

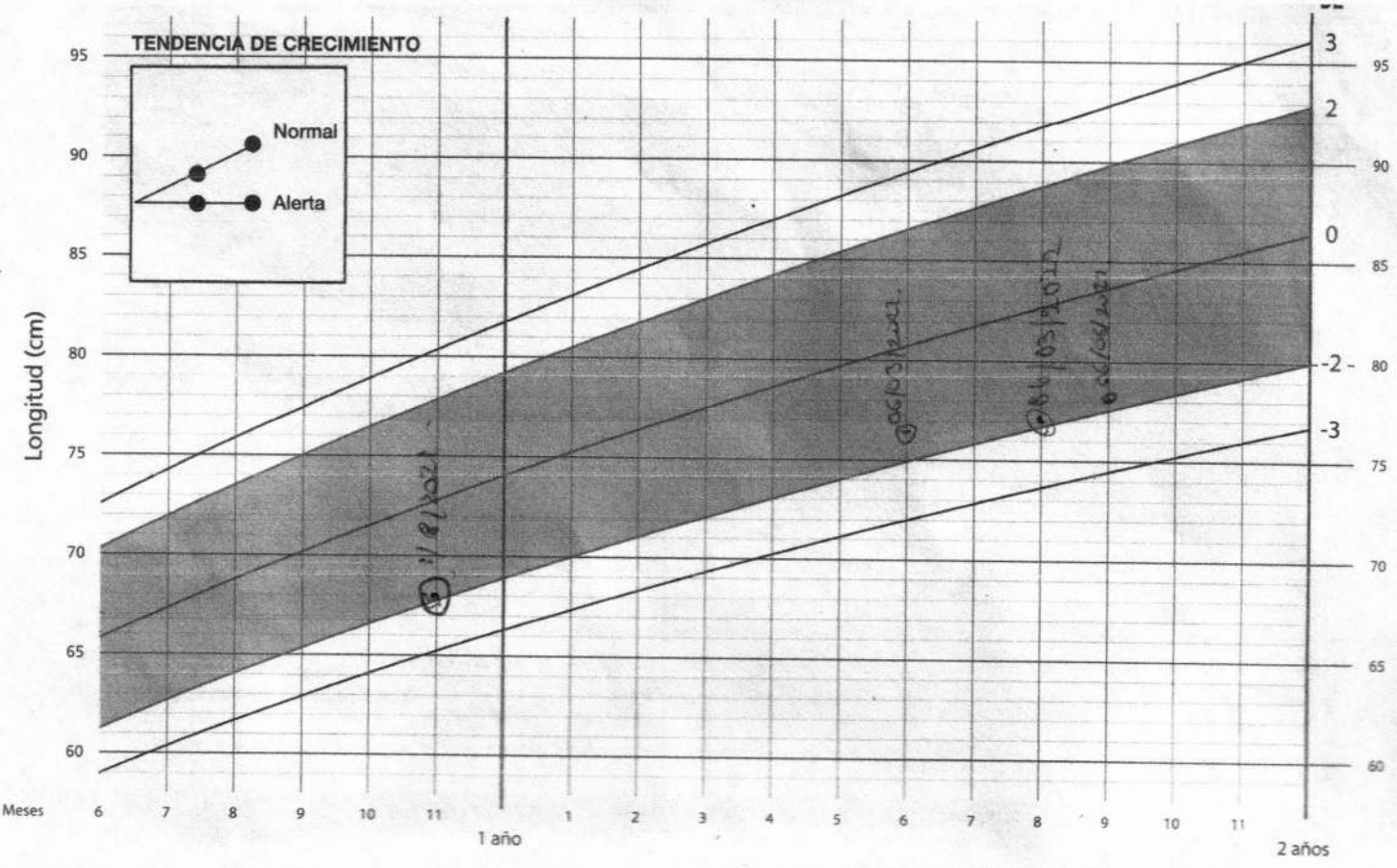


Organización Mundial de la Salud/ Estándares de Crecimiento Infantil OMS

Peso/edad - Niñas de 6 a 23 meses

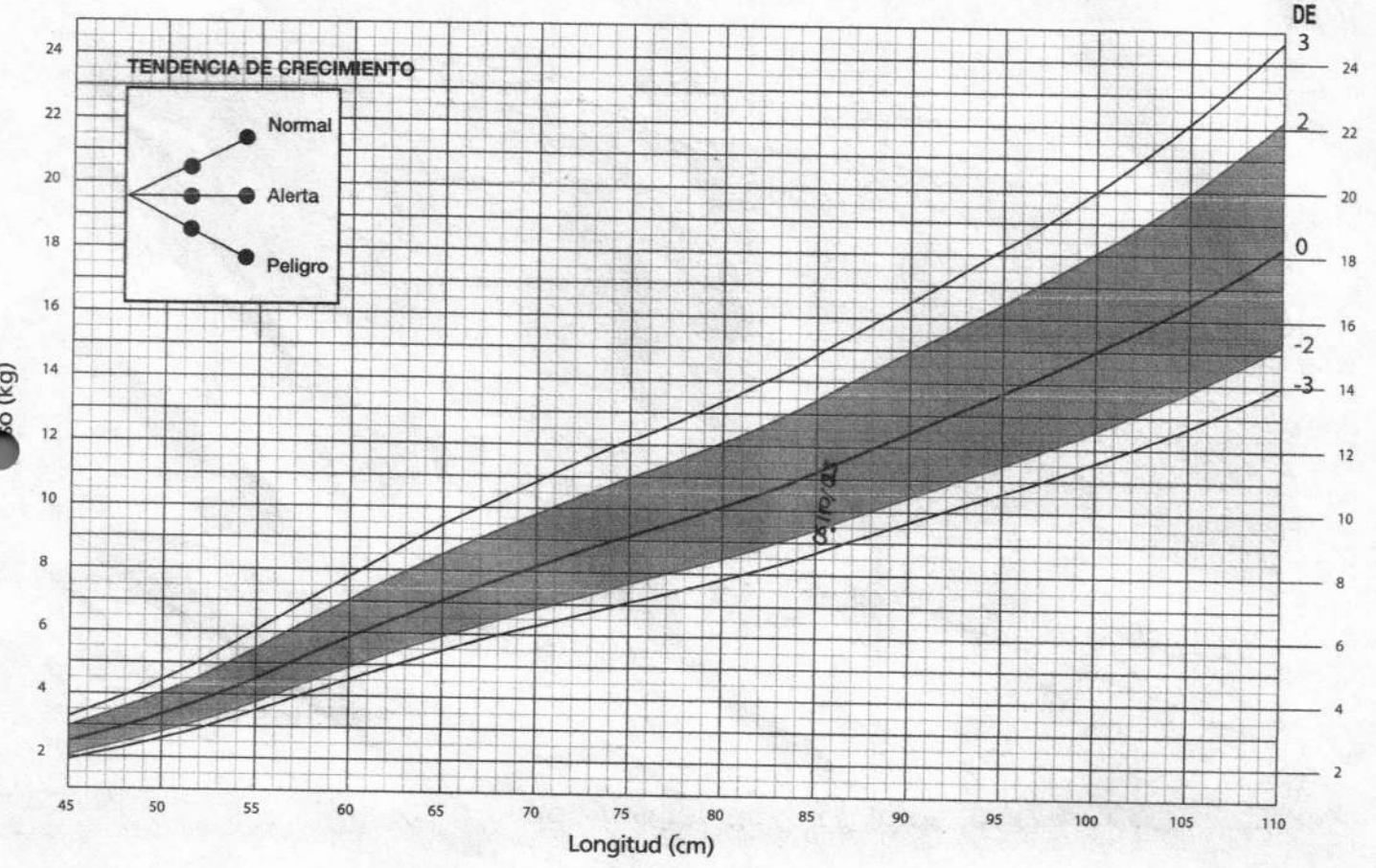


Organización Mundial de la Salud/ Estándares de Crecimiento Infantil OMS

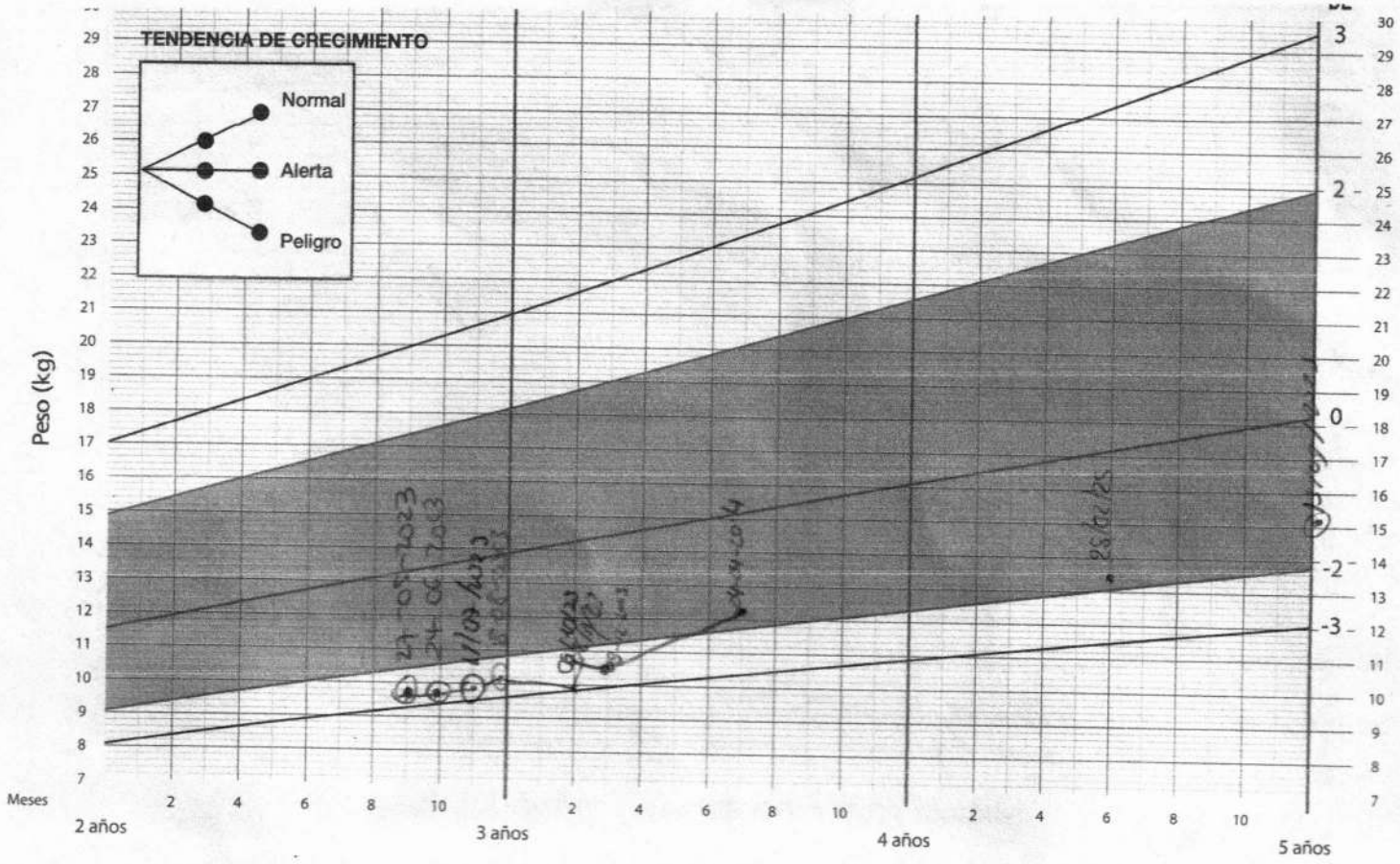


Organización Mundial de la Salud/ Estándares de Crecimiento Infantil OMS

Peso/longitud - Niñas de 0 a 23 meses

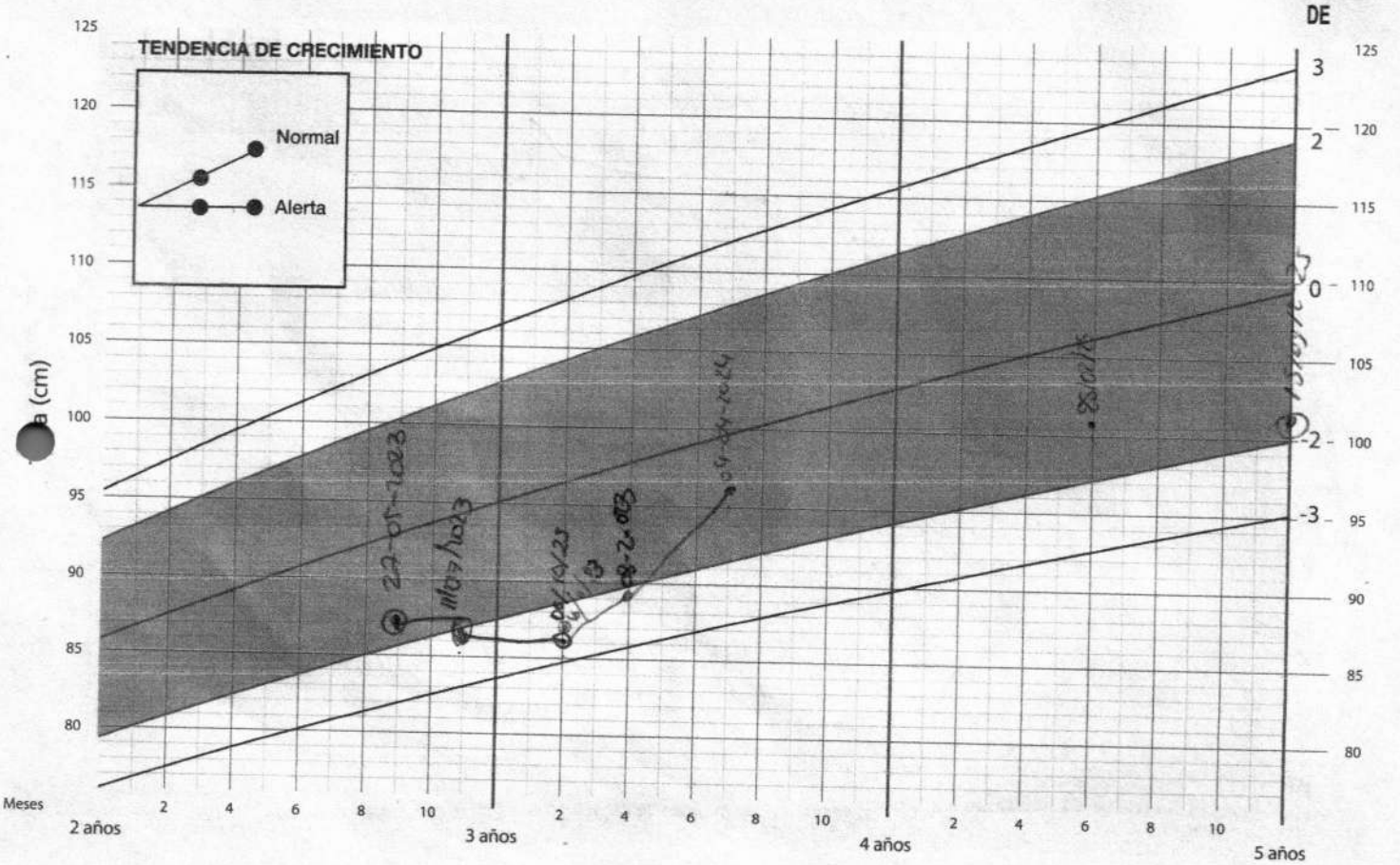


Organización Mundial de la Salud/ Estándares de Crecimiento Infantil OMS



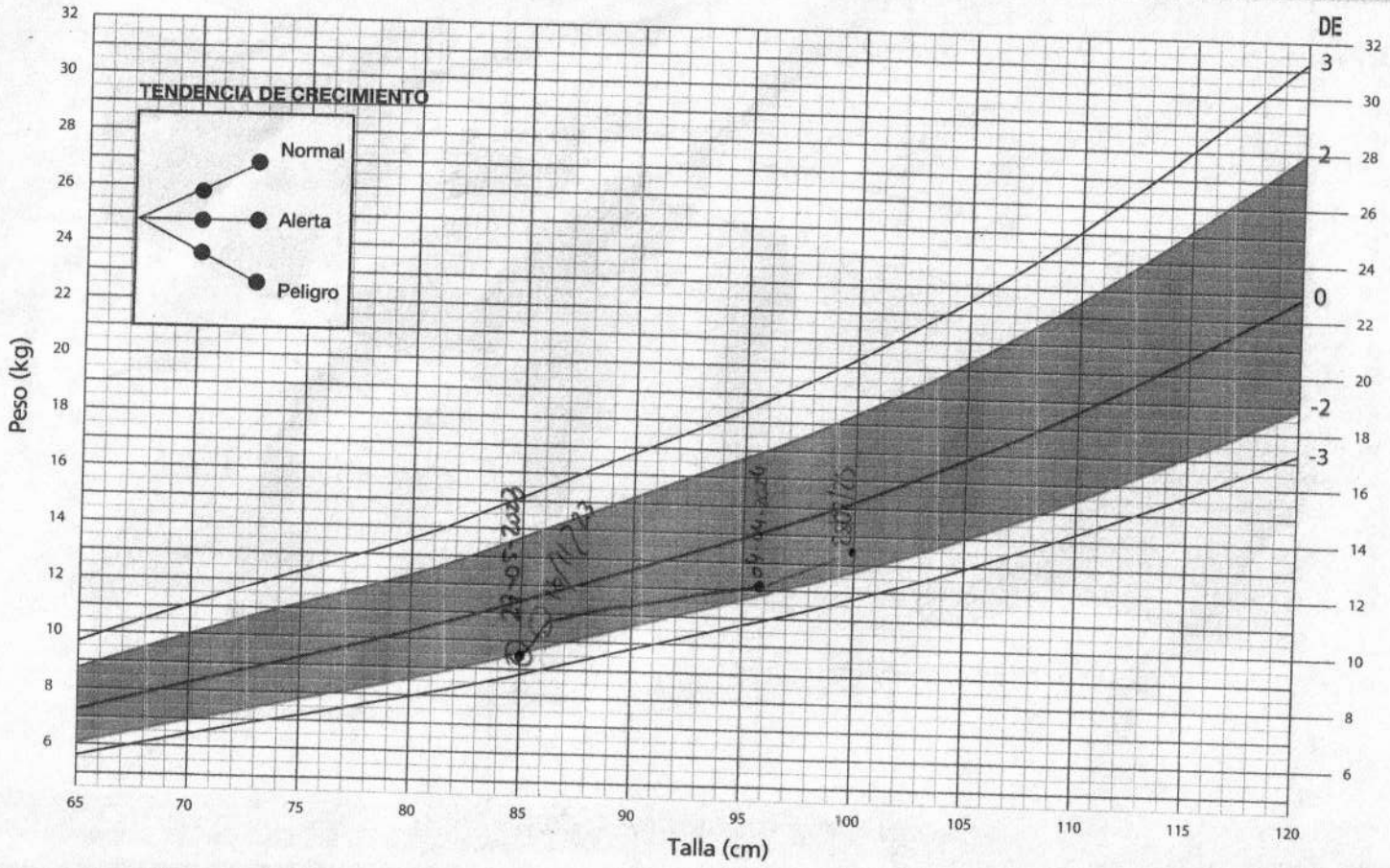
Organización Mundial de la Salud/ Estándares de Crecimiento Infantil OMS

Talla/edad - Niñas de 2 a 5 años



Organización Mundial de la Salud/ Estándares de Crecimiento Infantil OMS

Peso/talla - Niñas de 2 a 5 años



Esquema de vacunación niñas menores de un año

Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de Salud
		día	mes	año				
1 dosis	dentro de las 24 horas							
1 dosis	dentro de las 24 horas							
1ra. dosis	2 meses	24	10	20	2m	Hepatitis B	Lic. Limaico	Santa Rosa
2ra. dosis	4 meses	23	12	20	4m	2A2	Lic. Limaico	Santa Rosa
1ra. dosis	2 meses	24	10	20	2m	Pentavalente	Lic. Limaico	Santa Rosa
2da. dosis	4 meses	13	12	20	4m	1A2	Lic. Limaico	Santa Rosa
3ra. dosis	6 meses	21	03	21	6m	3A2	Lic. Limaico	Santa Rosa
1ra. dosis	2 meses	24	10	20	2m	17AM01	Lic. Limaico	Santa Rosa
2da. dosis	4 meses	21	03	21	6m		Lic. Limaico	Santa Rosa
3ra. dosis	6 meses	21	08	21	6m		Lic. Limaico	Santa Rosa
1ra. dosis	2 meses	24	10	20	2m	ASFU80 26/7/21	Lic. Limaico	Santa Rosa
2da. dosis	4 meses	23	12	20	4m	ASFU80 26/7/21	Lic. Limaico	Santa Rosa
3ra. dosis	6 meses							

nica: se administraría hasta los 11 meses 29 días.
segunda dosis podrá administrarse hasta los 7 meses de edad (7 meses 29 días).
nte fIPV (1) y fIPV (2) debe ser de 8 semanas.
casos de reacción anafiláctica al componente pertusis de la vacuna pentavalente que incluye componente DPT.
una HB pediátrica en niñas que tuvieron reacción anafiláctica a la vacuna pentavalente. Se administrará HB pediátrica más DT pediátrica.

Esquema de vacunación niñas de 12 a 23 meses

Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de Salud
		día	mes	año				
1a. dosis	12 meses	3	11	2014	4a 2m		Lic. Chuez	Santa Rosa
2a. dosis	18 meses	6	3	22	1a 7m		Lic. Y.C.	Cascales.
1a. dosis	12 meses	31	08	21	3a 1m		Lic. Limaico	Santa Rosa.
1a. dosis	15 meses	22	12	21	3a 3m		Lic. Abarca	Santa Rosa
1a. refuerzo (4a. dosis)	18 meses	6	3	22	1a 7m		Lic. Y. C.	Cascales.
1a. refuerzo (4a. dosis)	18 meses	6	6	22	1a 8m		Lic. Ayala	C.S. Santa Rosa.

Esquema de vacunación niñas de 5 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	5ta. dosis	5 años	15	09	25	5a	1394P016	Lic. M. Miranda	Cascales
*DPT	*5ta. dosis	5 años	15	09	25	5a	22110032A	Lic M Miranda	Cascales.
HPV	1ra. dosis	9 años (niñas)							
	2da. dosis (6 meses después de la 1ra. dosis)								
dT adulto	3er. refuerzo	15 años							

* DPT 5ta dosis o 2do refuerzo, se aplica y se registra siempre y cuando se verifique en el carnet que se ha recibido las 3 dosis de pentavalente y la 4a dosis con DPT; caso contrario proceder con la aplicación de, 1a dosis al primer contacto; 2a. dosis al mes de la primera dosis; 3a. dosis a los 6 meses después de las segundas dosis; 4a. dosis al año de la 3a dosis; 5a dosis al año de la cuarta dosis en otras vacunas.

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				
Influenza	0,25	1a 6m	6	3	22	1a 6m	V3373	Lic Y. Cabeña	Cascales.
Influenza	0,25		13	02	2023	2a 5m		Lic Flor	CS Santa Rosa
bOPV	2	2a 6m	20	05	2023	2a 5	1802P135	Lic Rosa	CS Santa Rosa
SR		2a 6m	20	05	2022	2a 6m	0123U014	Lic Rosa	CS Santa Rosa
Influenza	0,5	2a	10	11	2020	2a		Lic Mary	C. S. Santa Rosa

Observaciones: .....

.....

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 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 componente DPT)

Esquema de vacunación influenza estacional

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			día	mes	año				
6 a 11 años	Influenza estacional	1ra. dosis							
		2da. dosis (al mes de la 1ra. dosis)							
12 a 23 meses		Una dosis							
2 años (24 a 35 meses)		Una dosis							
3 a 5 años (36 a 59 meses)		Una dosis	16	11	23	36	150623 COB	Lic. KR	Coscales

día	mes	año	Edad (meses)	Peso (Kg)	Longitud (cm)	Perímetro cefálico (cm)	Hemoglobina (g/dL)	Lact. materna exclusiva	Fórmula	Líquidos	Semisólidos	Hierro en gotas	Hierro en polvo	Vitamina A	Observaciones
24	10	20	2m	3.2kg	505	35.	13	✓				✓			niño sano
21	11	20	2mes	4kg	52cm	36.1	12.	✓							Perdida
23	19	20	4m	4.5kg	54	38	12,1	✓							niño sano
20	03	21	6m	6.9kg	60.5	39.5	12.3	✓				✓		✓	niño sano
13	5	21	8m	6.6kg	65.	41.5	12.5					✓		✓	niño
2	12	°													

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).

RESUMEN PRIMER AÑO (0 a 11 meses de edad)

Vacunación completa: si ○ no ●

Tamizaje metabólico: si ○ no ● Resultado normal: si ○ no ●

Tamizaje auditivo: si ○ no ●

Suplementación completa: si ○ no ●

Controles de salud según norma: (12 consultas) si ○ no ●

Estado nutricional

Antropometría

Son las dimensiones del cuerpo humano con el propósito de valorar el crecimiento: Normal ○ Baja talla ● Bajo peso ● Sobrepeso/obesidad ●

Anemia si ● no ○

Hitos del desarrollo

Sostiene la cabeza de 1 a 3 meses de edad

si ○ no ●





Hace pinza a los 3 meses de edad

si ○ no ●

Se sienta de 4 a 6 meses de edad

si ○ no ●





Gatea o da sus primeros pasos de 10 a 12 meses de edad

si ○ no ●

Tamizaje de neurodesarrollo:

si ○ no ●

Resultado normal: si ○ no ●

● ***Alerta*** *Estimule a la niña, háblele suavemente, sonríale, tómela en los brazos, cántele, póngale música suave, transmítale amor y calma en un ambiente tranquilo.*

Control de crecimiento y desarrollo de su hija de 12 a 23 meses de edad

Fecha día	mes	año	Edad (meses)	Peso (Kg)	Longitud (cm)	Perímetro cefálico (cm)	Hemoglobina (g/dL)	Alimentación: Lactancia materna	Fórmula	Líquidos	Semisólidos	Suplementación: Hierro en jarabe	Hierro en polvo	Vitamina A	Observaciones
2	12	21	8.7	1a 3m	70			✓							Desarrollo
24	04	25		13	98.6										

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).

RESUMEN SEGUNDO AÑO (12 a 23 meses de edad)

Vacunación completa: si ○ no ●

Tamizaje auditivo: si ○ no ●

Suplementación completa: si ○ no ●

Controles de salud según norma: (6 consultas) si ○ no ●

Estado nutricional

Antropometría:

Son las dimensiones del cuerpo humano con el propósito de valorar el crecimiento: Normal ○ Baja talla ● Bajo peso ● Sobrepeso/obesidad ●

Anemia si ● no ○

Hitos del desarrollo

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

si ○ no ●



Sube gradas a los 17 meses de edad (aproximadamente)

si ○ no ●



Tamizaje de neurodesarrollo:

si ○ no ●

Resultado normal: si ○ no ●

● ***Alerta***

Estimule a la niña, háblele suavemente, sonríale, tómela en los brazos, cántele, póngale música suave, transmítale amor y calma en un ambiente tranquilo.

Fecha día	Fecha mes	Fecha año	Edad (meses)	Peso (Kg)	Talla (cm)	Hemoglobina (g/dL)	Alimentación variada	Suplementación: Hierro en jarabe	Suplementación: Hierro en polvo	Suplementación: Vitamina A	Observaciones
21	11	22	24	8.5	79	10,8	Si	Si		NO.	
27	05	23	2a9m	9.4	83	8.6	Si	Si		Si	Desnutrición Crónica / Zinc / Albendazol
24	06	23	2a10m	9.5	85.4	-	Si	Si			Zinc / Hierro. 2001
11	07	23	2a11m	9.8	86	-	Si	Si	-	-	Zinc
18	08	23	3a	9.8	86	-	Si	Si		—	Zinc.

Si la captación para la suplementación con hierro en polvo, es tardía (de 19 a 23 meses de edad); se inicia con el esquema de suplementación (un sobre pasando un día hasta completar 90 sobres)

RESUMEN TERCER AÑO (24 a 35 meses de edad)

Vacunación completa: si ○ no ●

Tamizaje visual: si ○ no ●

Tamizaje auditivo: si ○ no ●

Suplementación completa: si ○ no ●

Controles de salud según norma*: si ○ no ●
* Mínimo (2 consultas)

Estado nutricional

Antropometría: Normal ○
Son las dimensiones del cuerpo humano con el propósito de valorar el crecimiento: Baja talla ●, Bajo peso ○, Sobrepeso/obesidad ○

Anemia: si ● no ○

Hitos del desarrollo

Dice y muestra cuantos años tiene: si ○ no ●

Dice su nombre y apellido: si ○ no ●

Controla esfinters a los 30 meses de edad (aproximadamente): si ○ no ●



Tamizaje de neurodesarrollo: si ○ no ●
Resultado normal: si ○ no ●

● *Alerta*

Estimule a la niña, háblele suavemente, sonríale, tómela en los brazos, cántele, póngale música suave, transmítale amor y calma en un ambiente tranquilo.

Control de crecimiento y desarrollo de su hija de 36 a 47 meses de edad

Fecha día	Fecha mes	Fecha año	Edad (meses)	Peso (Kg)	Talla (cm)	Hemoglobina (g/dL)	Alimentación variada	Hierro en jarabe	Vitamina A	Observaciones
06	10	23	3a2m	9.8	86.5	-	✓	-	-	D.Aguda/multivitaminicos
16	11	23	3a2m	10.75	86.5					
08	12	23	35	10	88					
04	03	24	3a6m	11.6	90		/	-	/	Desnutrición crónica / Sulfato ferroso
04	04	24	3a7m	12.1	96	NO	SI	NO	NO	2001 E45x superado.
07	08	24	3a11m	12.5	96.3	NO	SI	NO	NO	2001

RESUMEN CUARTO AÑO (36 a 47 meses de edad)

Vacunación completa: si ○ no ●

Tamizaje visual: si ○ no ●

Tamizaje auditivo: si ○ no ●

Suplementación completa: si ○ no ●

Controles de salud según norma* si ○ no ●
* Mínimo (2 consultas)

Estado nutricional

Antropometría: Normal ○
Son las dimensiones del cuerpo humano con el propósito de valorar el crecimiento: Baja talla ●, Bajo peso ○, Sobrepeso/obesidad ○

Anemia: si ● no ○

Hitos del desarrollo

Repite las palabras que se les dice:
Manzana - casa - perro - silvar - plátano - peinilla - frutas - pared
si ○ no ●

Dibuja a los 40 meses de edad (tres años aproximadamente): si ○ no ●



Reconoce a los colores a los 46 meses de edad (tres años y medio aproximadamente): si ○ no ●



Tamizaje de neurodesarrollo: si ○ no ●
Resultado normal: si ○ no ●

● *Alerta*

Estimule a la niña, háblele suavemente, sonríale, tómela en los brazos, cántele, póngale música suave, transmítale amor y calma en un ambiente tranquilo.

Fecha día	Fecha mes	Fecha año	Edad (meses)	Peso (Kg)	Talla (cm)	Hemoglobina (g/dL)	Alimentación variada	Hierro en jarabe	Vitamina A	Observaciones
24	04	25	4a	13	98.6					
5	8	25	4a 11m	14.7	102.7					
15	9	25	5a	18.10	103		✓		—	se envía Hb

DISTRITO DE SALUD 21D02 LAGO AGRIO SALUD
UO CENTRO DE SALUD CASCALES
Harold Ricardo Fuzmino Tupiza
MEDICO RURAL
C.I. 1723843189

RESUMEN QUINTO AÑO (48 a 59 meses de edad)

Vacunación completa: si ○ no ●

Tamizaje visual: si ○ no ●

Tamizaje auditivo: si ○ no ●

Suplementación completa: si ○ no ●

Controles de salud según norma*: si ○ no ●
* Mínimo (2 consultas)

Estado nutricional

Antropometría: Normal ○
Son las dimensiones del cuerpo humano con el propósito de valorar el crecimiento
Baja talla ●
Bajo peso ●
Sobrepeso/obesidad ●

Anemia si ● no ○

Hitos del desarrollo

Repite las frases que le dicen: ..... si ○ no ●

Frases:
- En la tienda venden manzanas verdes
- El sol de la mañana sale por detrás de la montaña
- Hay flores blancas y amarillas en el jardín de mi escuela

Cuenta los diez dedos de su mano: ..... si ○ no ●

● *Alerta*

Tamizaje de neurodesarrollo: si ○ no ● Resultado normal: si ○ no ●

Estimule a la niña, háblele suavemente, sonríale, tómela en los brazos, cántele, póngale música suave, transmítale amor y calma en un ambiente tranquilo.

Tamizajes

Auditivo

Fecha día	Fecha mes	Fecha año	Edad	Pasa OD	Pasa OI	No pasa OD	No pasa OI	Observaciones

Metabólico

Fecha día	Fecha mes	Fecha año	Edad	Resultado normal si	Resultado normal no	Patología	Observaciones

Neurodesarrollo

Fecha día	Fecha mes	Fecha año	Edad	Resultado normal	Resultado dudoso	Resultado retraso	Observaciones

Visual

Fecha día	Fecha mes	Fecha año	Edad	Tamizaje 1ro.	Tamizaje 2do.	Resultado (1. Con error 2. Sin error) OD	Resultado OI	Observaciones

15
R/V

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 08 MES 07 AÑO 2025 HORA: 10:00 AM.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Nelly Fabiola APELLIDOS Pionda Piáguaje

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 2150729784

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 24 MES: 08 AÑO: 2000 / EDAD: 4 años 11 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)

Miedo a la reacción

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

R/V

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 Ludi Consuelo Apellidos Piaguaje Cordoba

Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1140434541

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 Jiménez Zdrate

Firma Kerly J. Z. Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075082134.

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel

Nota 1: Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal
Nota 2: Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o su representante legal

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.140.434.541**

PIAGUAJE CARDENAS

APELLIDOS

LUDI CONSUELO

NOMBRES

Ludy Piguaje

FIRMA





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

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401800-01301374-F-1140434541-20220606 **00796**48372A 1 48965214

CÉDULA DE IDENTIDAD

REPÚBLICA DEL ECUADOR

DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN



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

NAT/CAN
925586

NUI.2100326871

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
PIANDA SEGUNDO

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
SENSEGUAJE CLELIA

ESTADO CIVIL
SOLTERO

CÓDIGO DACTILAR
E4343V4442

TIPO SANGRE **O+**

DONANTE
No donante

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN
CASCALES 21 JUL 2022

DIRECTOR GENERAL

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

Alma de Vida

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: Nelly Fabiola Piandapi 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 1 Días del mes de 06 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 Nelly Fabiola Pianda Piaguaje, identificado (a) con documento de identidad número 21507297 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, Ludi Consuelo Piaguaje, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1124035541, 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 Almas 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: Ludi Piaguaje
Nombre: Ludi Consuelo Piaguaje
Calidad - Titular: X Representante legal:
Teléfono de contacto: 3204351898
Fecha: 1-06-2025
Municipio: San Miguel

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.

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: Nelly Fabiola Pianda IDENTIFICACIO: 2150729784 FECHA DE NACIMIENTO: 24-08-2020

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	x		1	12:00 PM.	A la fecha la niña no cuenta con ficha de sisben ni Adres. -La madre manifiesta que esta haciendo la diligencia para sacar estos documentos.	Lady Piaguaje		Se habla con la madre sobre la importancia de estos documentos, para que haga las diligencias y los pueda obtener.		La madre se compromete hacer lo posible y llevar estos documentos para el proximo encuentro. 19-08-2025.
16-07-2025.	x			12:30 PM	En cuanto a la ficha del sisben y Adres, la madre manifiesta que se le dificulta hacer esta diligencia aunno lo va ha realizar, pero que le va ha garantizar los servicios de salud a su hija; teniendo en cuenta que en el ecuador no se hace uso de estos documentos para la atención medica.	Lady Piaguaje		Se dialoga con la madre sobre la importancia de garantizar estos servicios de salud a la niña.		Teniendo en cuenta la negación de la madre sobre estos documentos; Ella se compromete a garantizarle a su hija, todos los servicios de salud que sean requeridos durante el desarrollo de la estrategia. Infantil

RIV

22
R/V

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Nelly Fabiola Pianda P. IDENTIFICACIO: 2150729784. FECHA DE NACIMIENTO: 24-08-2020.

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					
16-10-2025.	+			12:30 pm.	Hasta la fecha la niña, no cuenta con el examen de agudeza visual ni tamizaje auditivo. -La madre nos comenta que no a salido a realizar la diligencia porque no a tenido recurso economico y le fue retirado.	Lady Piaguaje		Se habla con la madre para que haga lo mas pronto esta atencion a su hija.		La Señora se compromete hacer lo posible y salir en este mes de octubre a realizarle estos controles. 21-10-2025.
18.11.2025					Hasta la fecha la niña todavia no cuenta con agudeza visual y tamizaje auditivo. -La madre manifiesta que no lo ha hecho por que cuando asistio no habia medico y no fue posible realizarle estas valoraciones.	Ludi Piaguaje		Se orienta a la madre para que realice esta diligencia y se habla sobre la importancia de la misma.		La señora manifesto que se va a realizar una brigada y que va ha estar para hacerle la respectiva valoracion 29-11-2025

R/V