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,

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:
AARON ANDRES GONZALEZ SHIGUANGO
TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1125208616
¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A.
FECHA NACIMIENTO: 23-Agt-2023 **EDAD:** 1 AÑO/7 MESES **MUNICIPIO:** Villa Gorzon
DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia **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:** N/A.
PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: N/A.
EPS DEL PARTICIPANTE: AIC EPS **SUBSIDIADO:** X **CONTRIBUTIVO:**
PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X **DIAGNOSTICO:** N/A.
ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A.
PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: N/A.
PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: N/A.
TIENE SISBEN: SI: X NO: __ PUNTAJE: A4 **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: Carlos Andres Gonzalez
No. IDENTIFICACION: 1002874649 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/Los olivos
CELULAR: 3027469887 **E.P.S:** AIC EPS
OCUPACION U OFICIO: Agricultor
EMPRESA DONDE LABORA: N/A.
IVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria **PROFESIÓN:** N/A.

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Marioxi Alvorado Shiguango
No. IDENTIFICACION: 2101272314 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/Los olivos
CELULAR: 3027469887 **E.P.S:** N/A.
OCUPACION U OFICIO: Ama de casa
EMPRESA DONDE LABORA: N/A
NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria **PROFESIÓN:** N/A.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Ana Marioxi Alvorado shiguango
NUMERO IDENTIFICACION: 2101272314 **CELULAR:** 3027469887
DIRECCION: ___ **PARENTESCO:** 3 Madre.

* Ana
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

3

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1125208616

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41919676

Datos de la oficina de registro y Clase de oficina

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

COLOMBIA PUTUMAYO VILLAGARZON NOTARIA VILLAGARZON

Datos del inscrito

Primer Apellido: GONZALEZ — Segundo Apellido: SHIGUANGO

Nombre(s): AARON ANDRES

Fecha de nacimiento: Año 2023 Mes AGO Día 23 — Sexo (en letras): MASCULINO — Grupo Sanguíneo: — Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País, Departamento, Municipio, Corregimiento o Inspección): COLOMBIA — PUTUMAYO — VILLAGARZON — LA CASTELLANA

Antecedentes — Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: — Número certificado de nacido vivo:

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: SHIGUANGO ALVARADO ANA MARIUXI

Documento de identificación (Clase y número): DE No. 2101272314 — Nacionalidad: ECUADOR

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ ILAMO CARLOS ANDRES

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1002874649 — Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ ILAMO CARLOS ANDRES

Documento de identificación (Clase y número): C No. 1002874649 — Firma: Andres Gonzalez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: ILAMO QUITUMBO MIRTHA EDILMA

Documento de identificación (Clase y número): C No 69010478 — Firma: MirthaEdilmaIlamo

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: SAENZ GONZALEZ MARIA DE LOS ANGELES

Documento de identificación (Clase y número): C No 38791131 — Firma: Saenz Maria delos

Fecha de inscripción

Año 2021 Mes AGO Día 26

Nombre y firma del funcionario que autorice

FABIO ERMINSUL MONCAYO QUINTANA
Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 24/11/2025

Ficha: 86885030565900007020

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: AARON ANDRES

Apellidos: GONZALEZ SHIGUANGO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1125208616

Municipio: Villagarzón

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/03/2023

Última actualización ciudadano: 02/09/2024

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZULENA TEJADA RAM

Dirección: Calle 2 No 5 -

Teléfono: 4284213 - 4284018 - 4284019 - 32027216

Correo Electrónico: sisben@villagarzon-putumayo.gov

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1125208616
NOMBRES	AARON ANDRES
APELLIDOS	GONZALEZ SHIGUANGO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	VILLAGARZON

Datos de afiliación :

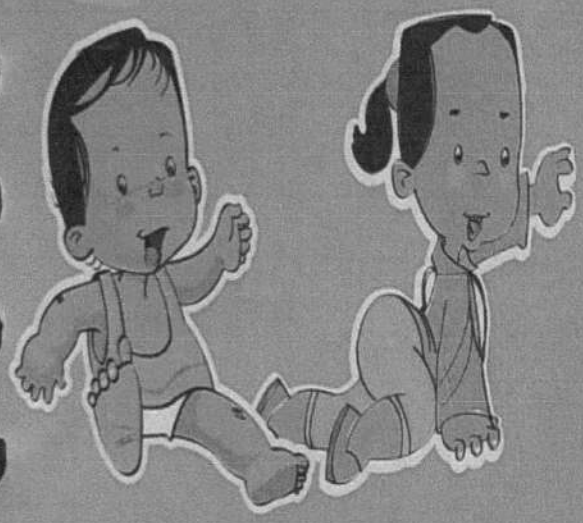
ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	01/02/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/24/2025 01:45:32	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya

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:

CC/CI: Madre: 2 1 0 1 2 7 2 3 1 4

CC/CI: Niño/niña: 2 1 5 0 7 8 8 2 6 9

Nombres: Aaron Andres

Apellidos: Gonzalez Shiguango

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

Fecha de nacimiento: 23 (Día) 08 (Mes) 2023 (Año)

Teléfono domicilio: .....

Teléfono celular: .....

Dirección domicilio: .....

.....

Nombre de la madre/padre: Shiguango Alvarado Ana Mariuxi

Zona: 1

Provincia: Sucumbios

Cantón: Lago Agrio

Parroquia: Nueva Loja

Establecimiento de salud: [illegible]

Ministerio de Salud Pública: ☑

Seguro de la Policía: ☐

Seguro de las Fuerzas Armadas: ☐

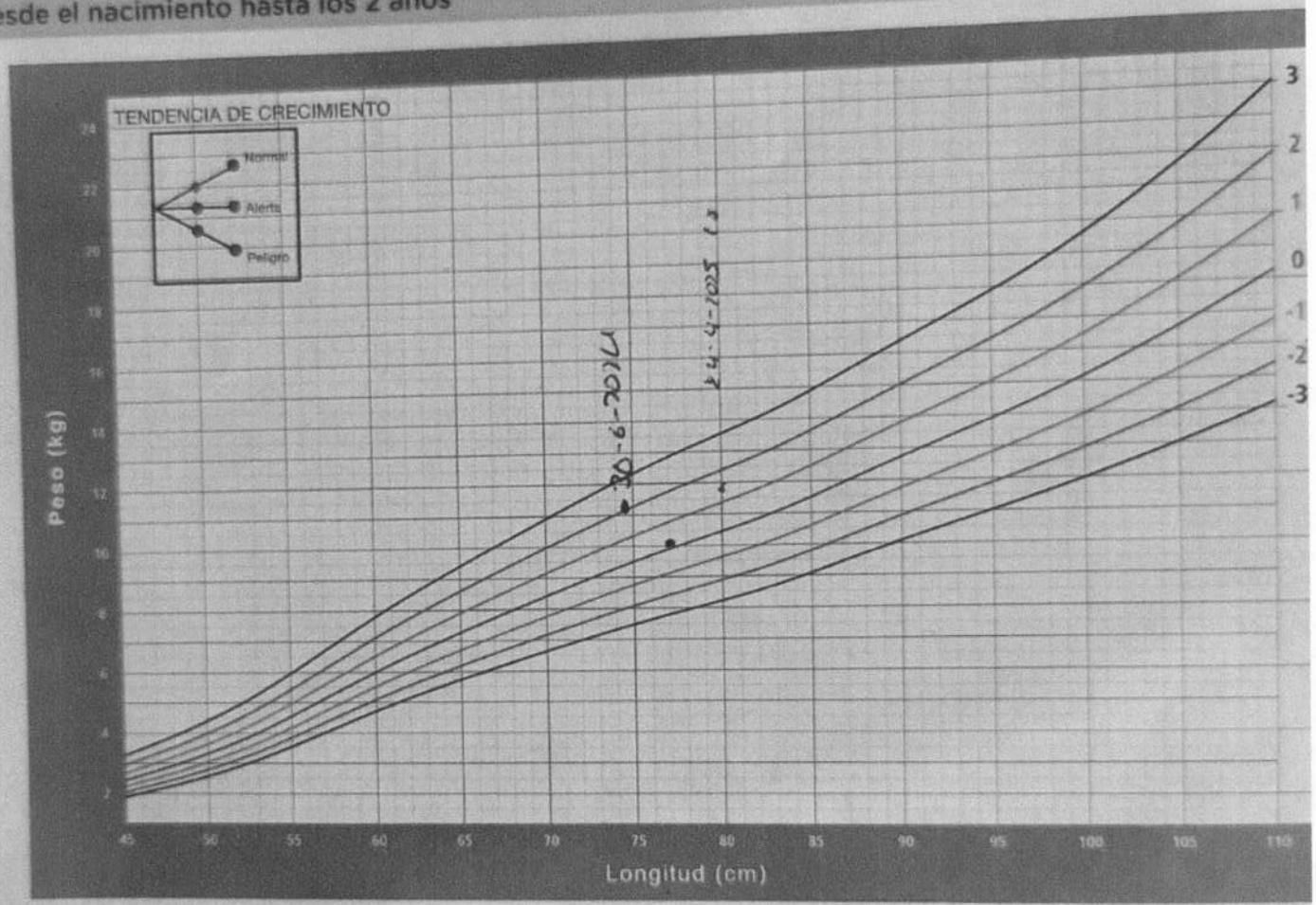
IESS: ☐

Seguro Social Campesino: ☐

Otro: ☐

Peso para la longitud en niños

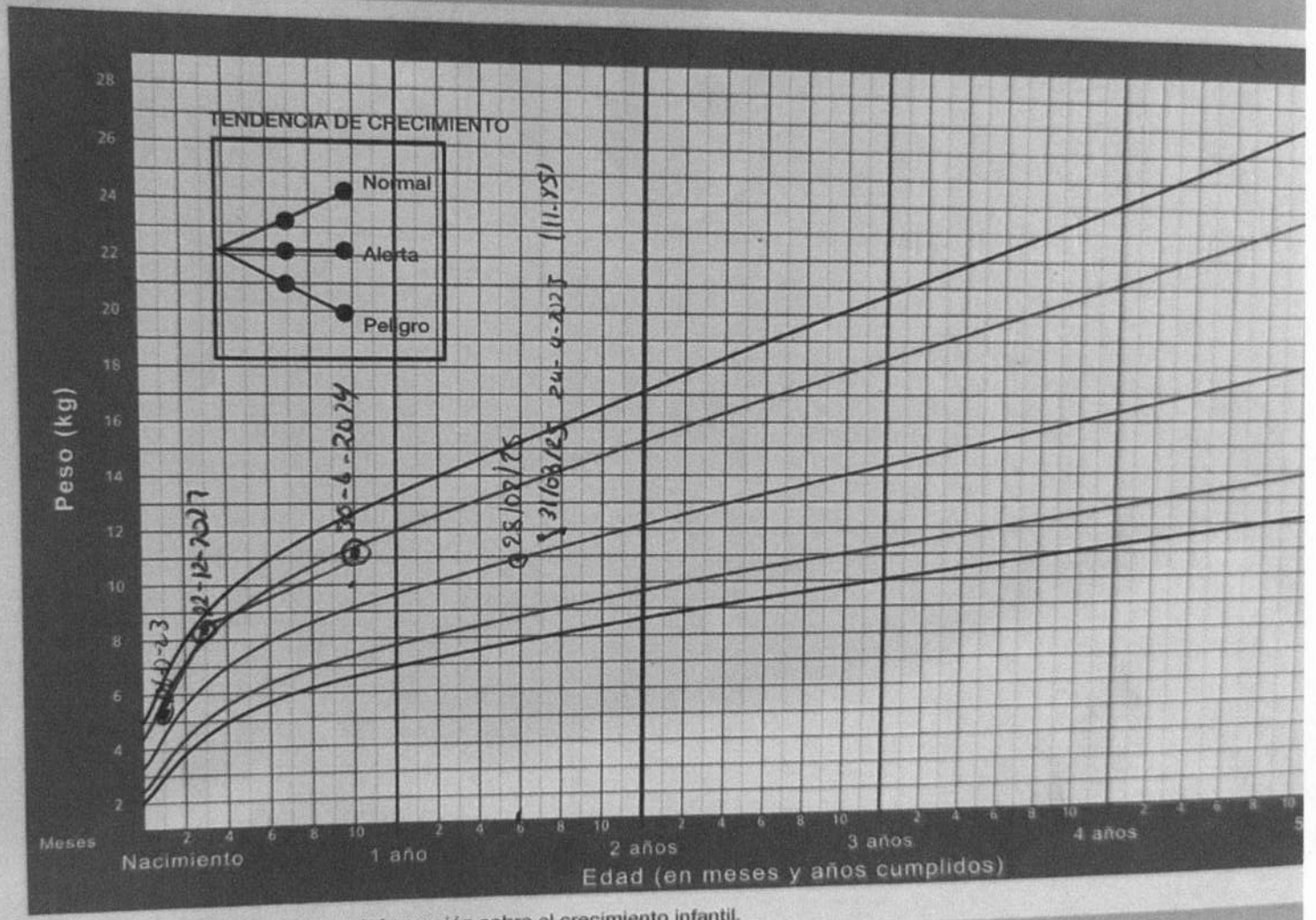
Desde el nacimiento hasta los 2 años



Todas las curvas brindan valiosa información sobre el crecimiento infantil.

Peso para la edad en niños

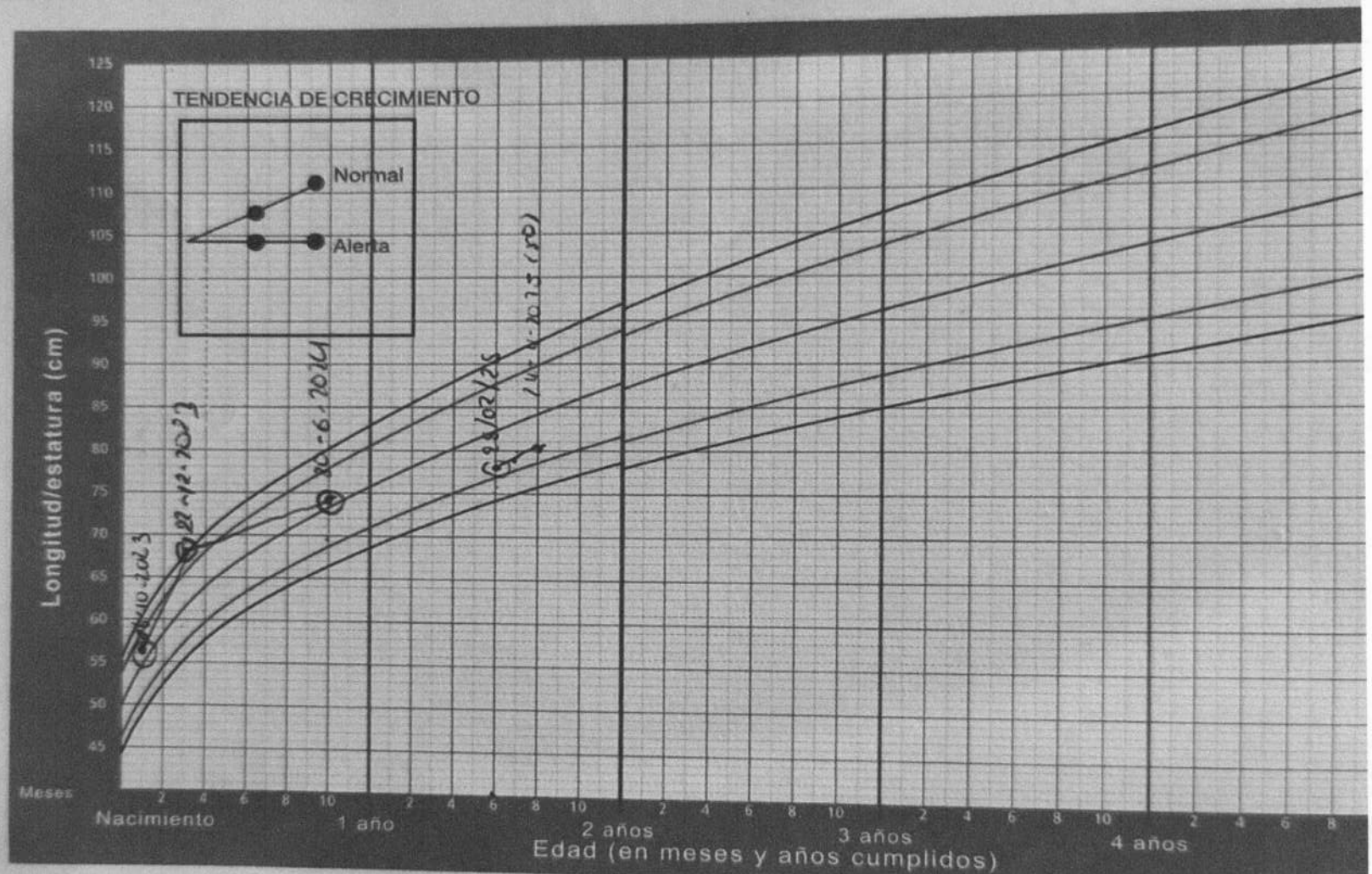
Desde el nacimiento hasta los 5 años



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.

Tamizaje

Anemia

Fecha Día	Mes	Año	Edad	Valor de hemoglobina	Valor de hemoglobina corregido	Resultado normal Sí	No	Tratamiento Sí	No	Observaciones
30	06	2024	10 mes	8			X	X		Hierro polimaltosado
28	02	2025	1a6M	8.9	8.9		X	X		Hierro polimaltosado
31	03	2025	1a7m	9.4						
24	4	2025	1a8m	9	9	X	X	X		Hierro Polimaltosado

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

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	
24	4	25	1a 8m	11.85	90	48	—	—	—	—	✓	—	Sí	Sí	

* 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

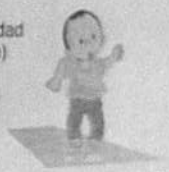
Sube gradas a los 17 meses de edad (aproximadamente)

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*

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		
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	
06	10	2023	1 mes	5.4	55.8	36.5	X			X		X	—	—	
22	12	2023	3 meses	8.2	65.8	44	X			X		X	—	—	
30	6	2024	10 meses	11.1 kg	74.6cm	46cm	X		X			X	Si	Si	
28	02	25	1a6M	11kg	77cm	48cm	X			X	X		Si	Si	
31	03	25	1a7m	10.8	78.8	48cm		—	—	—	X		Si	Si	

Firma: Dr. Andres Dosa
Médico Rural
Reg. [illegible] 123064

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	23	08	23	11h	0372H1A070	Ledo Sanchez	H.N.V.I
HB cero (Hepatitis B)	1° dosis	Dentro de las 24 horas	23	08	2023	11h	UFA2101	Ledo Sanchez	H.N.V.I
**Rotavirus (Diarrea)	1° dosis	2 meses	27	10	2023	2m	ARCLD640BA	Lic. Cadena	C.S. Santa Rosa
	2° dosis	4 meses	27	12	2023	4m	ARCLD640BA	Lic. Hernandez	C.S Santa Rosa
***Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis, Neumonía)	1° dosis	2 meses	27	10	2023	2m	2201053922A	Lic. Cadena	C.S. Santa Rosa
	2° dosis	4 meses	27	12	2023	4m	2201053227D	Lic. Hernandez	C.S. Santa Rosa
	3° dosis	6 meses	30	6	24	10m 7d	2201058823A	Lic. Cadena	C.S. Santa Rosa
****fIPV (Poliomielitis)	1° dosis	2 meses	27	10	2023	2m	2239001	Lic. Cadena	C.S. Santa Rosa
	2° dosis	4 meses	27	12	2023	4m	2234401	Lic. Hernandez	C.S. Santa Rosa
bOPV (Poliomielitis)	3° dosis	6 meses	30	6	24	10m 7d	68023023A	Lic. Cadena	C.S. Santa Rosa
Neumococo conjugado (Neumonía, Meningitis, Otitis)	1° dosis	2 meses	27	10	2023	2m	ASPNB346AA	Lic. Cadena	C.S. Santa Rosa
	2° dosis	4 meses	27	12	2023	4m	ASPNB346BA	Lic. Hernandez	C.S. Santa Rosa
	3° dosis	6 meses	30	6	24	10m 7d	ASPNB356AB	Lic. Cadena	C.S. 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° dosis	12 meses	26	08	24	12M	0132N074B	Cenelia Dagua Ramos CC. 1118021140 AUX. ENFERMERIA	
	2° dosis	18 meses	30	06	25	1año 10 meses			
Fiebre amarilla	1° dosis	12 meses	26	08	24	12M	231VFC0052	Cenelia Dagua Ramos CC. 1118021140 AUX. ENFERMERIA	
Varicela	1° dosis	15 meses	26	08	24	12M	X027612		
DPT (Difteria, Tosferina, Tétanos)		18 meses	PENDIENTE						
bOPV (Poliomielitis)		18 meses	PENDIENTE						
HA	UNICA	AÑO	26-08-24			12M	2022070 45	Cenelia Dagua Ramos CC. 1118021140 AUX. ENFERMERIA	
INFL	1 DOSIS	AÑO	26-08-24			12M	2400979-00		
INFL	2 DOSIS	13M	26-sep-24			13M	2400979-00		

14
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 Aarón Andres APELLIDOS Gonzalez Siguanqo

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 1125208616

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 23 MES: 08 AÑO: 2023 / EDAD: 1 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)

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Covid 19. Primera dosis ☐ Segunda dosis ☐ dosis única ☐ Ninguna Dosis
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 Ana Marioxi Apellidos Alvarado Shiguango

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: Kelly Jiménez Zárate

Firma Kelly J. Z. Tipo de Identificación: CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075.682134

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


CÉDULA DE IDENTIDAD

REPÚBLICA DEL ECUADOR

DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL, IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN

APELLIDOS
SHIGUANGO ALVARADO

CONDICIÓN CIUDADANÍA*NNA

NOMBRES
ANA MARIUXI

NACIONALIDAD
ECUATORIANA

FECHA DE NACIMIENTO
13 JUN 2006

LUGAR DE NACIMIENTO
SUCUMBIOS CASCALES
SANTA ROSA DE SUCUMBIOS

SEXO
MUJER

No. DOCUMENTO
069022025

FECHA DE VENCIMIENTO
12 OCT 2033

NATICAN
406269

FIRMA DEL TITULAR

NUI.2101272314

Ana


APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
SHIGUANGO NARVAEZ CESAR MANUEL

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
ALVARADO ANDI ISABEL MARIA

ESTADO CIVIL
SOLTERO

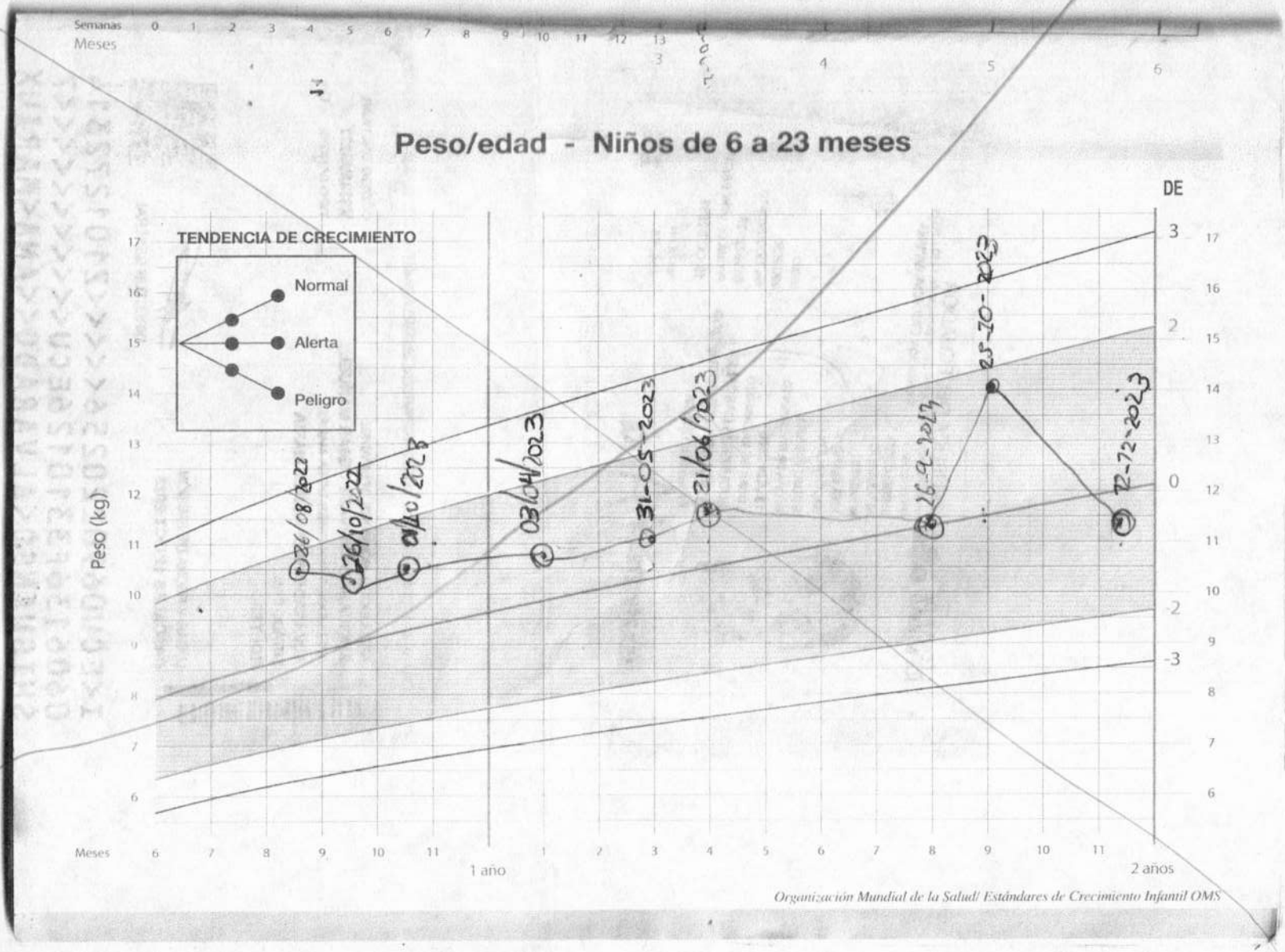
CÓDIGO DACTILAR
V3333V3222

TIPO SANGRE O+

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN
CASCALES 12 OCT 2023

DIRECTOR GENERAL

I<ECU0690220256<<<<<2101272314
0606136F3310126ECU<<<<<<<<<<<7
SHIGUANGO<ALVARADO<<ANA<MARIUX


Semanas
Meses
Peso/edad - Niños de 6 a 23 meses
DE
TENDENCIA DE CRECIMIENTO
Normal
Alerta
Peligro
Peso (kg)
26/08/2022
26/10/2022
04/01/2023
03/04/2023
31-05-2023
21/06/2023
15-9-2023
25-10-2023
22-12-2023
Meses
1 año
2 años
Organización Mundial de la Salud/ Estándares de Crecimiento Infantil OMS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.002.874.649
GONZALEZ ILAMO
APELLIDOS
CARLOS ANDRES
NOMBRES

Andres Gonzales
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-AGO-1999
PIAMONTE (CAUCA)
PIAMONTE (CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
B+ G.S. RH
M SEXO

25-SEP-2017 VILLAGARZON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6403000-01311825-M-1002874649-20220802 00802 70691A 1 9920208186

Ministerio de Salud Pública

UNIDAD OPERATIVA SANTA ROSA

08 de SEPTIEMBRE del 2025

CERTIFICADO ODONTOLÓGICO

Por medio del presente pongo en conocimiento a quien corresponda que el paciente **GONZALEZ SHIGUANGO AARON ANDRES** de **2** años **0** meses de edad con un número de cédula de identidad: **2150788269** 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 21D03 LAGO AGRIO
C.S. SANTA ROSA
Od. Alisson Ordoñez C.
ODONTOLOGA 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 Ana Mariuxi Alvardo Identificado con C.C N° 2101272314 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Aarón Andres Gonzalez 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.

Ana

Madre o Acudiente
C.C 2101272314

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 Aaron Andrei Gonzalez Shiguango, identificado (a) con documento de identidad número 1152086716, 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	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Ana Hariuxi Alvarado, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 2100272314, 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: Ana
Nombre: Ana Hariuxi Alvarado
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3027469887
Fecha: 01-04-2025
Municipio: San Miguel

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

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: Aaron Andres Gonzales Shiguango IDENTIFICACIO: 1125208616 FECHA DE NACIMIENTO: 23 - Agosto - 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					
22-07-2023	X		11:00 AM		Hasta la fecha no cuenta con el carnet de vacunas. - La madre manifiesta que esta desactualizado que lo entregara para el proximo encuentro.	Ana S.		Se habla con la madre para que haga las diligencias y actualice este documento.	Se cierra la novedad el 4 de Agosto donde la madre hace entrega del carnet de vacunas ✓	La mamá se compromete a llevar al niño a colocarle las vacunas pendientes y traernos el documento actualizado para el dia 19-08-2023