Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos 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,

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



FECHA SOLICITUD CUPO: 27-03-25 FECHA INGRESO: 16-04-2025

UDS: Pequeños exploradores MUNICIPIO: San miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:

Saira Valentina Chasatar Payoguaje

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1.122.343.630

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 16-01-2021 EDAD: 4 2 meses MUNICIPIO: San miguel

DEPARTAMENTO: Putomayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: R/ Campo Alegre ESTRATO: 1 ¿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: Mallamas 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:

TIENE SISBEN: SI: __ NO: X PUNTAJE: N/A DESPLAZADO: SI: __ NO: X

VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO: SI: __ NO: X RED UNIDOS: SI: __ NO: X

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: X NO: __ CUAL: COFAN

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yeferson Orbay Chasatar Homenda

No. IDENTIFICACION: 1.006.788.895 DIRECCION RESIDENCIA: Campo Alegre

CELULAR: 3219597656 E.P.S: Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Oficios varios

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Yurely Yurley Payoguaje Lucitante

No. IDENTIFICACION: 1.122.336.483 DIRECCION RESIDENCIA: Campo alegre

CELULAR: 3219597656 E.P.S: Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Oficios varios

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Yamile Hidaly Lucitante Criollo

NUMERO IDENTIFICACION: 41.145.195 CELULAR: 3219597656

DIRECCION: R/ Campo Alegre PARENTESCO: Abuela

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 1220540

NUIP 1.122.343.630

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

CHASATAR PAYOGUAJE SAIRA VALENTINA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)										Sexo (en letras)	Tipo Transcripción
Año	2	0	2	1	Mes	E	N	E	Día 16	FEMENINO	O +

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

COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

Fecha de Inscripción (Mes en letras)										Indicativo serial
Año	2	0	2	1	Mes	F	E	B	Día 24	0061318377

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

PAYOGUAJE LUCITANTE YURELY YURLEY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TARJETA DE IDENTIDAD 1.122.336.483	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

CHASATAR HUMENDA YEFERSON ODAIR

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.788.895	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

CHASATAR HUMENDA YEFERSON ODAIR

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.788.895

Espacio para notas

VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) — Oficina: X 6 2

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)										Nombre y firma del funcionario
Año	2	0	2	1	Mes	F	E	B	Día 24	ROY EDISON CALLE QUIRAMA

Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
26209058-1

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO SAN MIGUEL
RESGUARDO INDIGENA CAMPO ALEGRE DEL AFILADOR
Constituido mediante Resolución No. 151 del 25 de octubre del 1976
Resolución de la reserva No. 011 del 13 de Mayo de 1998.
NIT: 900156077-1

LEY 89 DE 1890- ACUERDO INTERNACIONAL 169 DE LA OIT.LEY 21 DEL 1993-CONSTITUCION NACIONAL 91 ATR. 246

EL SUSCRITO GOBERNADOR DEL RESGUARDO CAMPO ALEGRE DEL AFILADOR EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES CONSTITUCIONALES Y EN ESPECIAL LOS CONFERIDOS EN LA LEY 89 DE 1890 Y LEY 21 DE 1991

CONSTANCIA:

El resguardo campo alegre del afilador hace costar que el niña **SAIRA VALENTINA CHAZATAR PAYOGUAGUE** Identificada con RC, No **1122343630** expedida **San miguel (La Dorada)** Se encuentra registrada en el censo de la comunidad, bajo las normas que se rigen dentro del resguardo del pueblo cofán, por lo tanto, la autoridad tradicional y la autoridad política le otorga la constancia así despeja cualquier inquietud que se vaya realizar.

El presente documento, se firma al primero [1 AGOSTO] días del mes de agosto del 2025

YADIRA VILLOTA LUCITANTE
GOBERNADORA
Resguardo Campo Alegre – Afilador
Municipio de San Miguel
Comunidad Pueblo Cofán

Proyecto:Yamile lucitante criollo
Secretaria Resguardo Campo Alegre – Afilador
Municipio de San Miguel

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	1122343630
NOMBRES	SAIRA VALENTINA
APELLIDOS	CHASATAR PAYOGUAJE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	16/01/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/30/2025 08:54:05	Estación de origen:	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

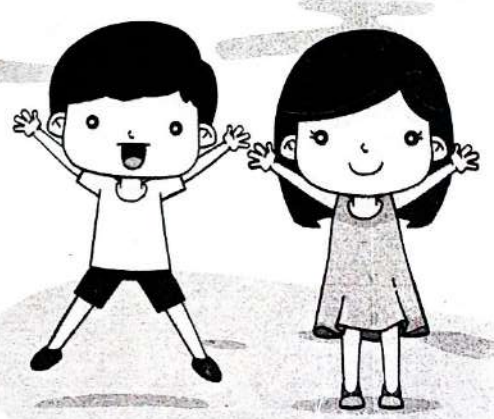
Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

CARNET DE CONTROL

Niño y Niña SANOS



Mis Datos

Nombres: SARA VALENTINA

Apellidos: CHASATAR PATOGUAJE

Fecha de Nacimiento: 16 (DIA) | 08 (MES) | 2021 (AÑO)

Historia Clínica: 1122343630

Barrio/Vereda: Resguardo Campo Alegre

Responsable del Niño: Yureli Patoguaje.

Teléfono: 3209351148

EPS: Mallamas

CARNET DE CONTROL DE NIÑA Y NIÑO SANOS

carnet se entrega a los padres y madres de iños y niñas, para que se haga un seguimiento ı salud de sus hijos desde su nacimiento.

ıvés de la estrategia AIEPI y IAMI se busca cientizar a los padres o cuidadores sobre o prevenir enfermedades de la primera cia en los niños y niñas y la mortalidad por rmedades.

ɔs diferentes documentos se registraran y aran las condiciones de salud y desarrollo de ijo o hija. Para completar los datos sera sario la colaboración del personal de salud y familia.

documento es personal e intransferible y su nación es confidencial: en caso de perdida, ıvor remitirlo al interesado(a), a la EPS/ARS o ad a cargo.

CONDICIONES DEL NIÑO(A) AL NACER

Necesidad de reanimación: SI ☐ NO ☐

APGAR al minuto: _____ APGAR a los 5 minutos: _____

Peso: 3700 Talla: 53 Perímetro Cefálico: _____

Ictericia: _____ Antes de 24 horas: _____ Después de 72 horas: _____

¿Estuvo en fototerapia? SI ☐ NO ☐ ¿Donde? _____

Grupo sanguíneo: O (+)

Perímetro braquial

¿Estuvo hospitalizado? SI NO

¿Dónde? *UCI **UCE CUNA

¿Cuánto tiempo? _____

Diagnostico: _____

TSH: _____ Resultado: _____

ANTES DE SALIR DE LA CLINICA

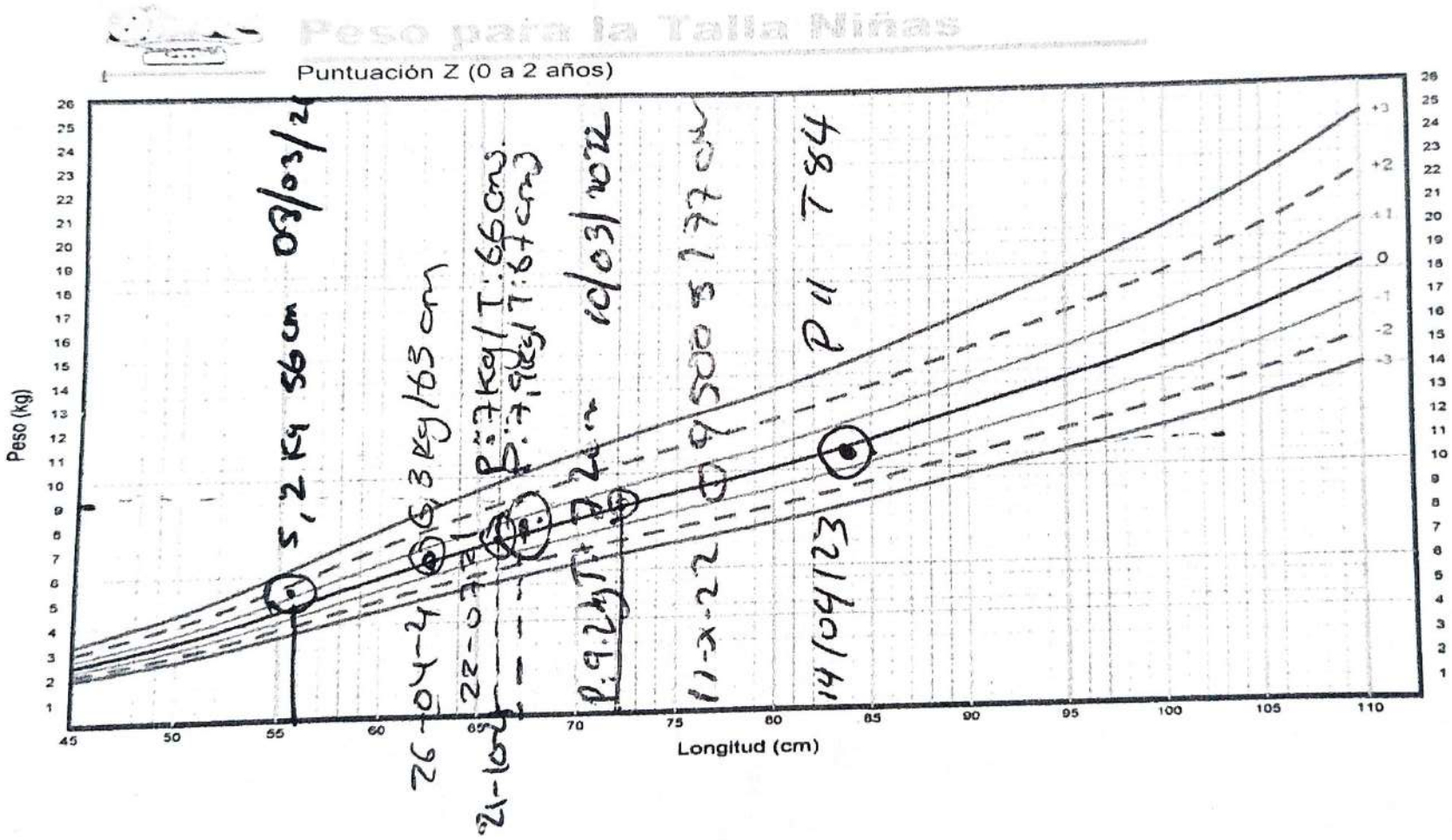
¿Le aplicaron las vacunas? SI NO

¿A qué tiempo de nacimiento comenzó la lactancia materna?

Antes de la hora SI NO

Después de la hora SI NO

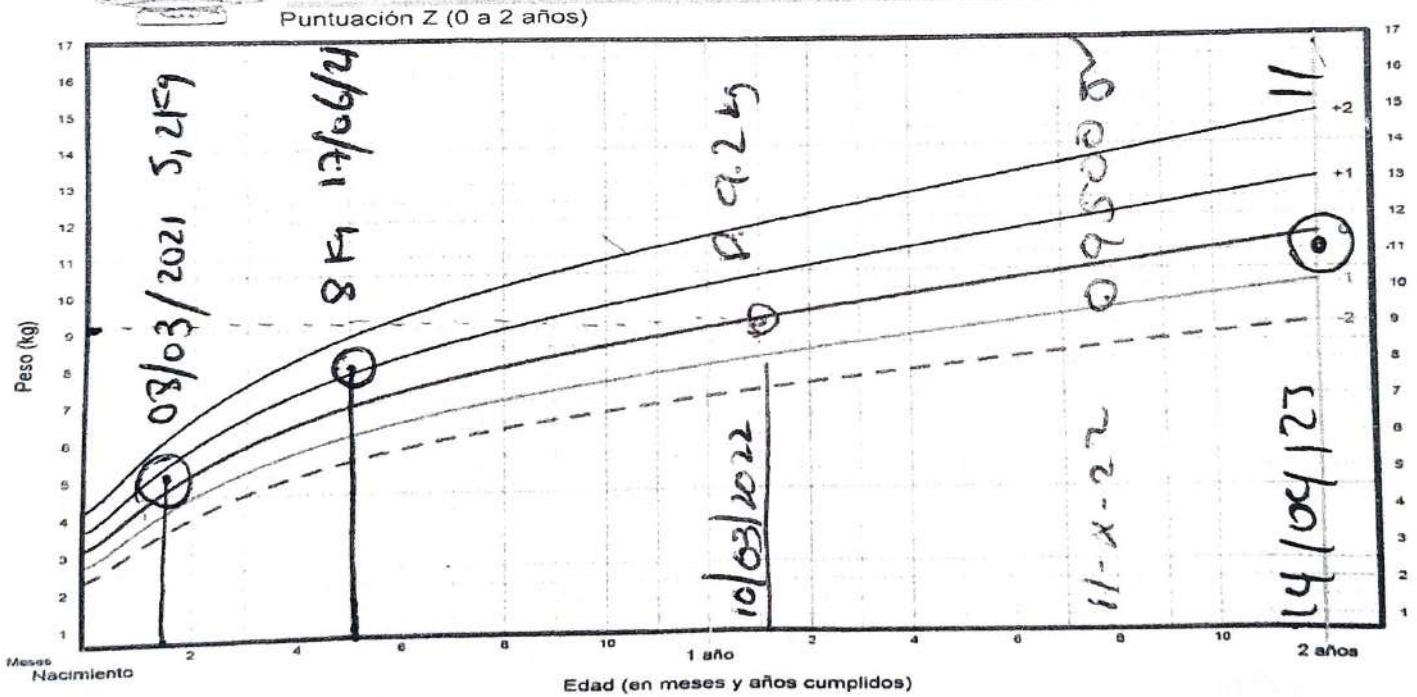
Antes de salir de la clínica SI NO



Peso para la Talla Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)

Peso para la Edad Niñas

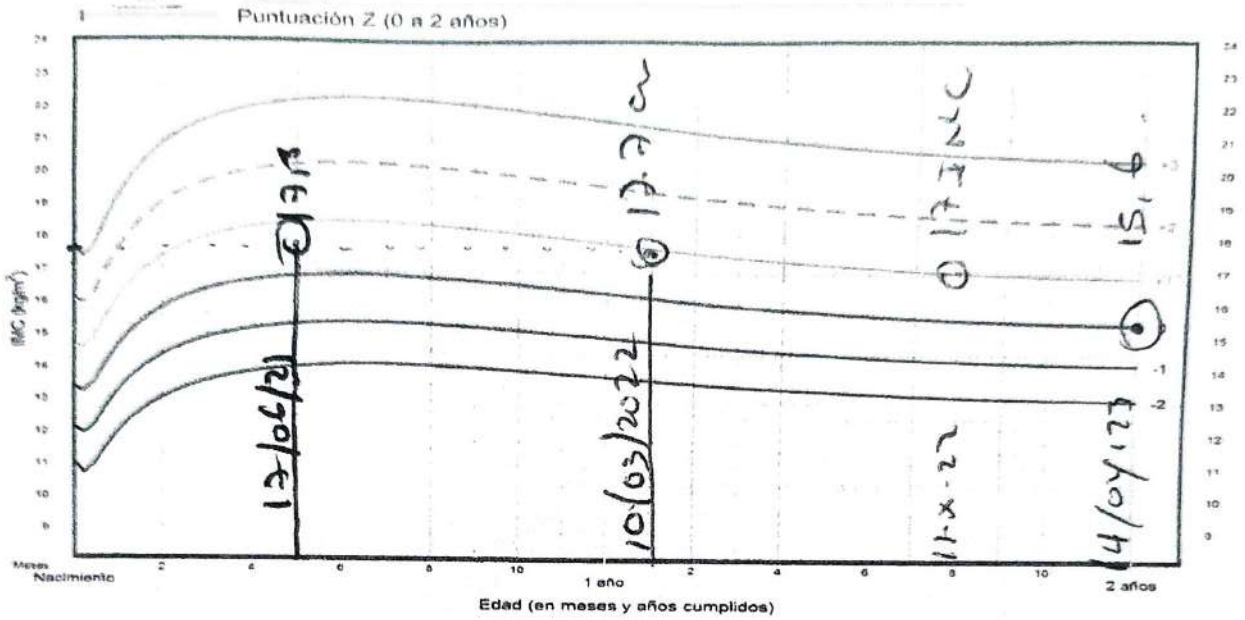
Puntuación Z (0 a 2 años)

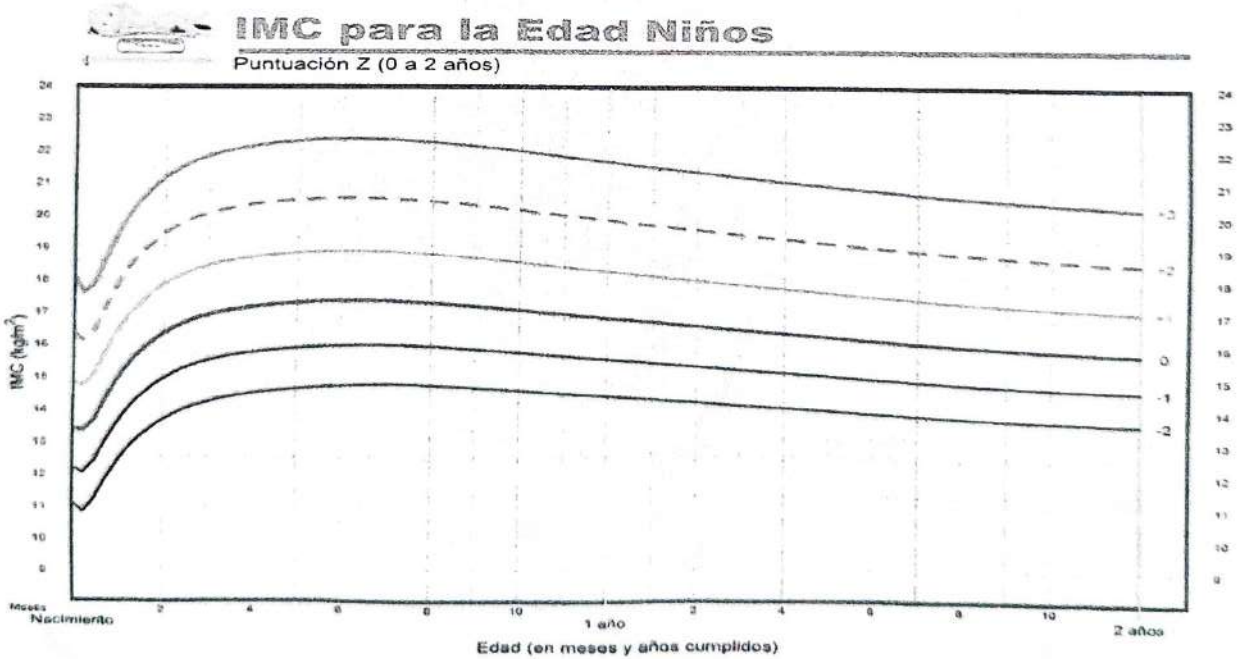


Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)









10

Un

Digal
ama.

Acep

Pase

Escu
impor

Digal

No ex
los g
miedo

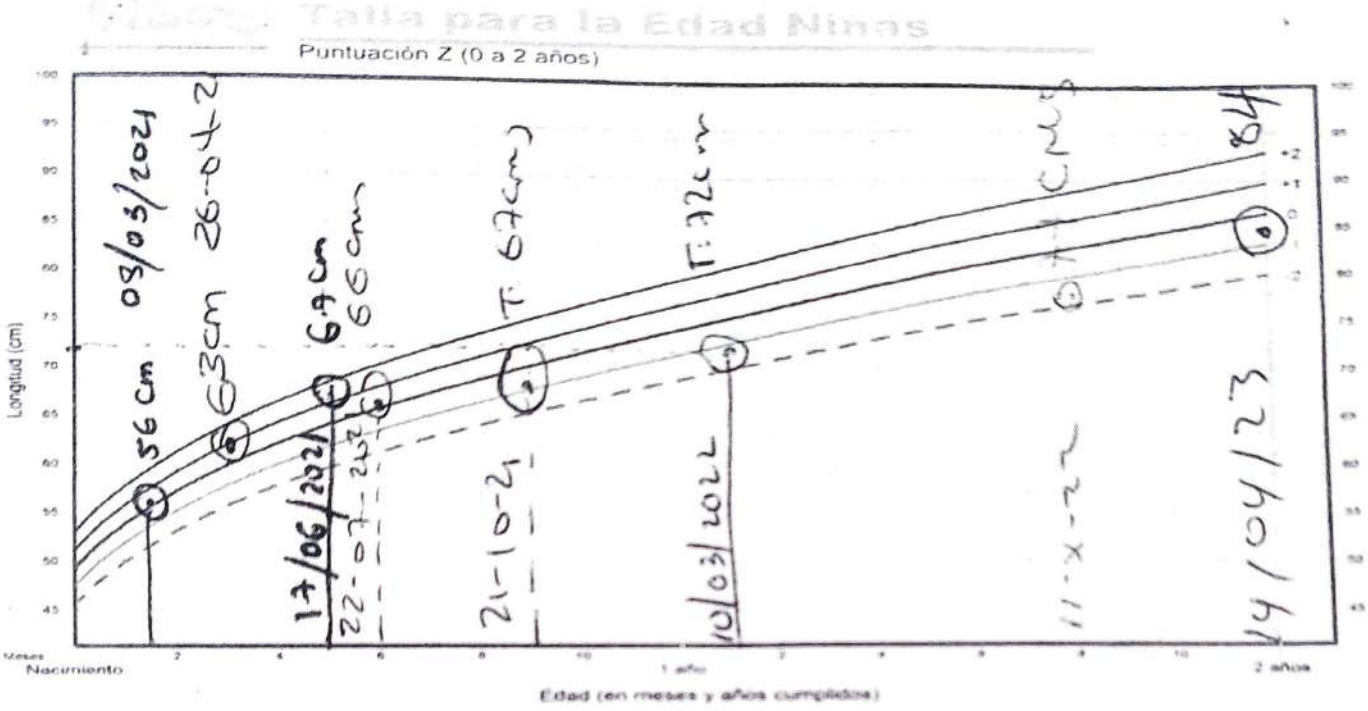
Cuan
expliq
hizo.

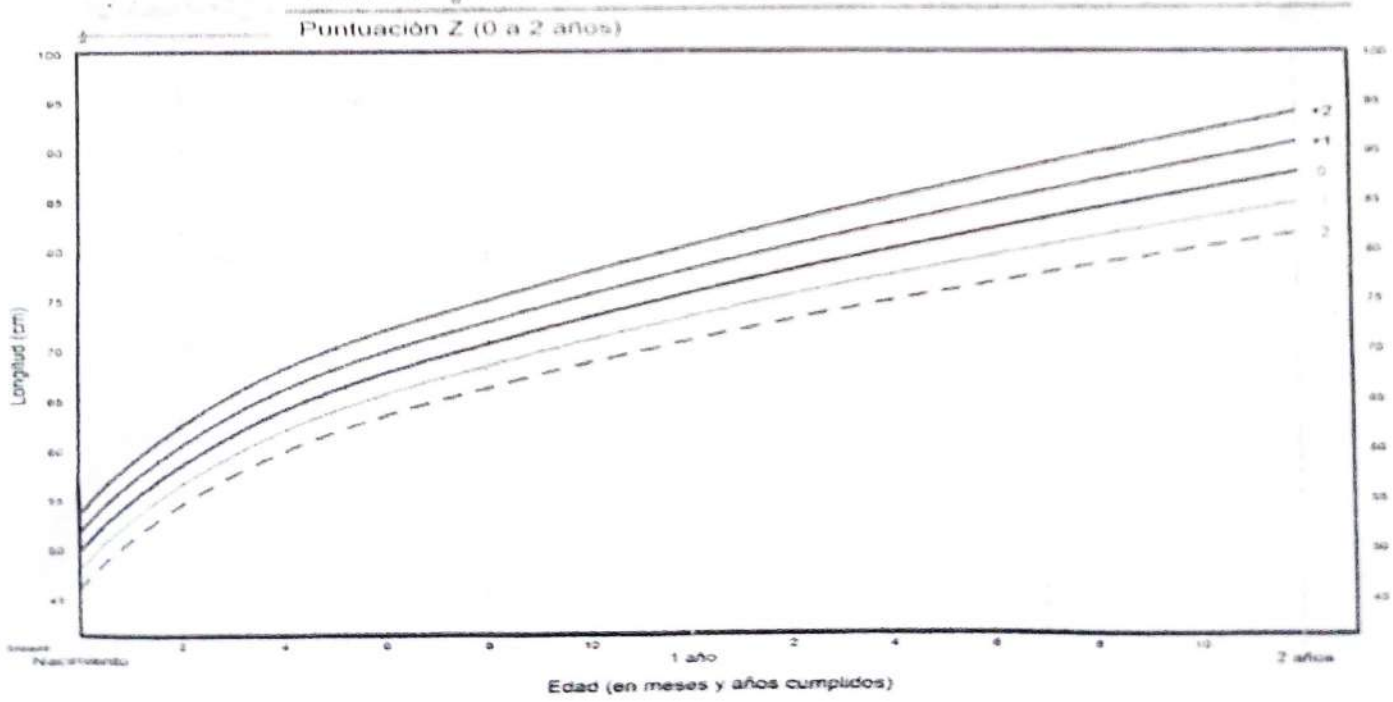
No in
tempi
razone

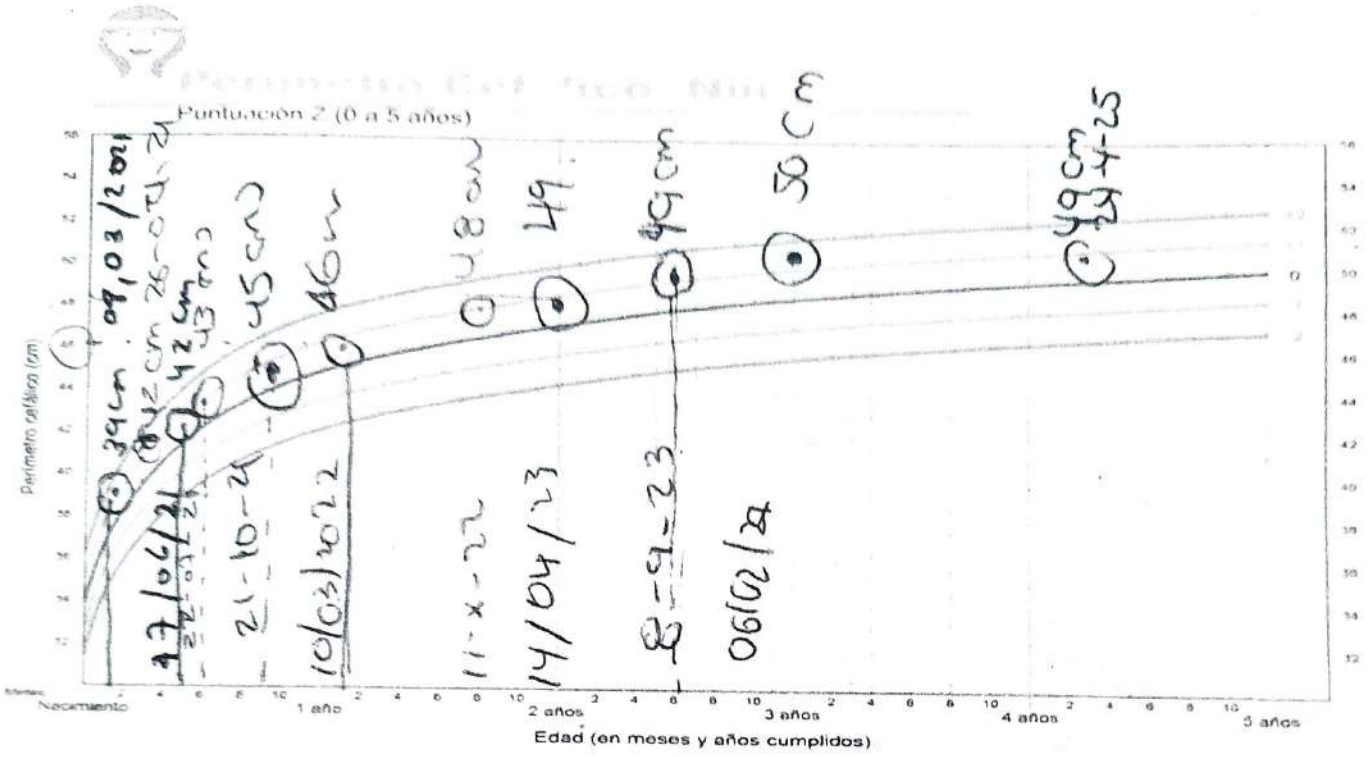
Escuch
de rep
respire
mome
adecua

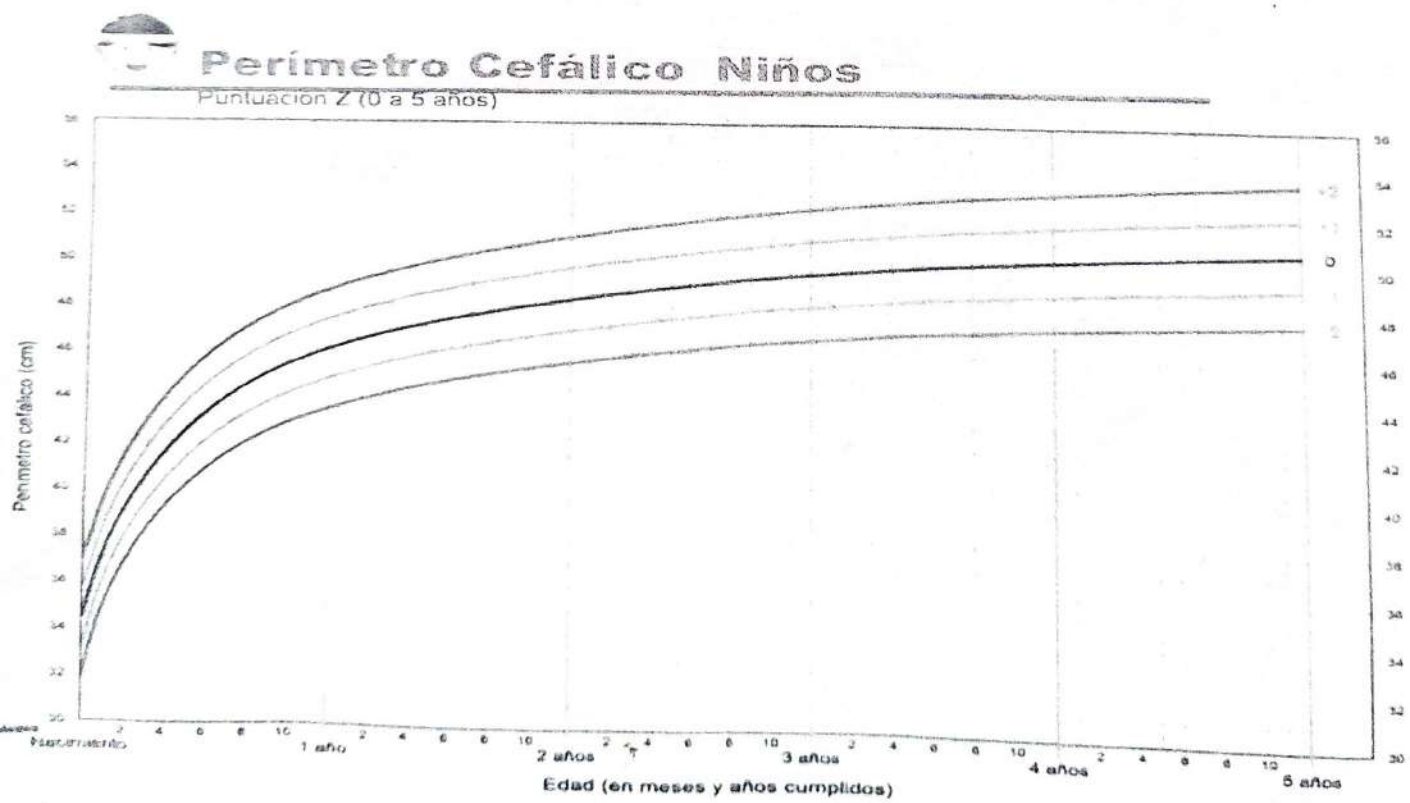
No lo c
maltrat

Motival
Téngas


Talla para la Edad Ninas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Longitud (cm)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
56 cm 09/03/2021
63cm 26-04-21
17/06/2021
6.9 cm
65cm
22-07-21
T: 67cm
21-10-21
T: 72cm
10/03/2022
11-X-22
19/04/23

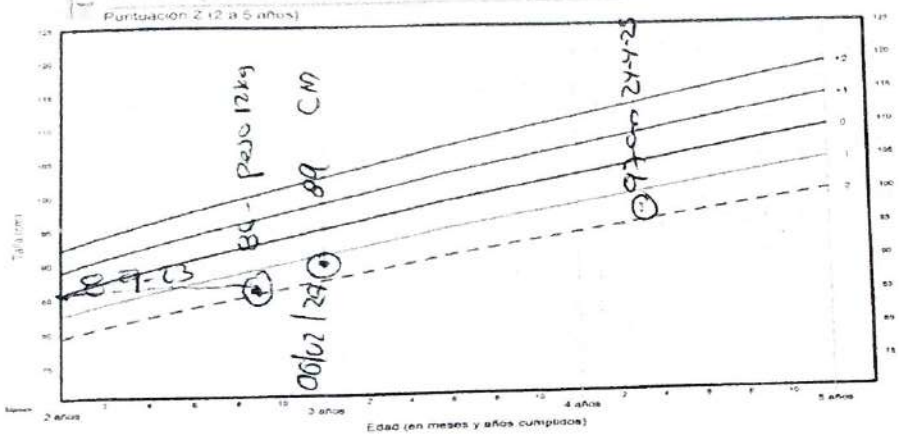

Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
Longitud (cm)
+2
+1
0
-2
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)


Perímetro Cefálico Niños
Puntuación Z (0 a 5 años)
Perímetro cefálico (cm)
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
09/03/2021
39cm
26-04-21
42cm
43cm
27/04/21
21-10-21
45cm
10/03/2022
46cm
11-x-22
48cm
14/04/23
8-9-23
49cm
06/02/24
50cm
49cm
23-7-25


Perímetro Cefálico Niños
Puntuación Z (0 a 5 años)
Perímetro cefálico (cm)
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

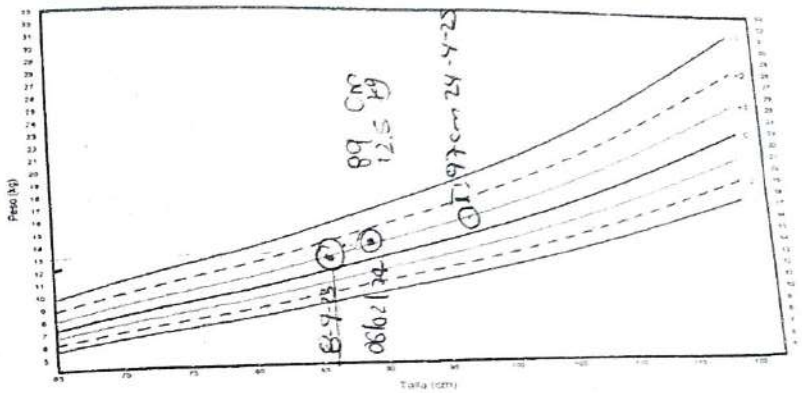
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



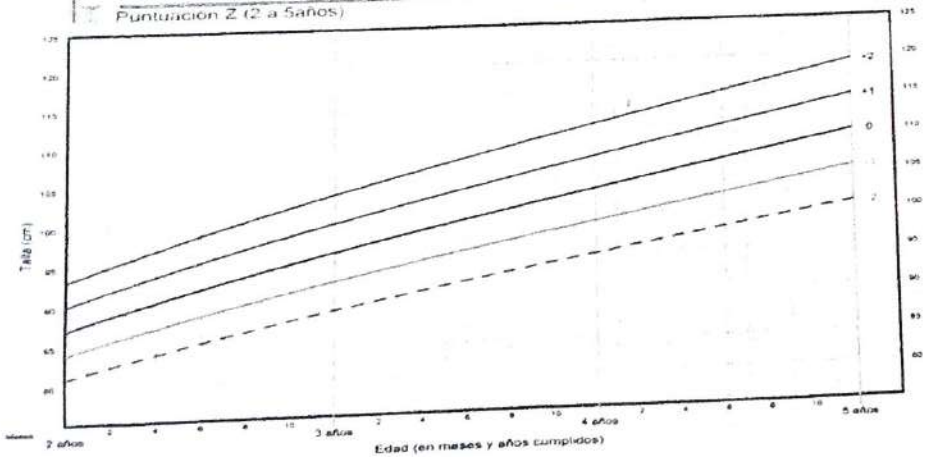
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



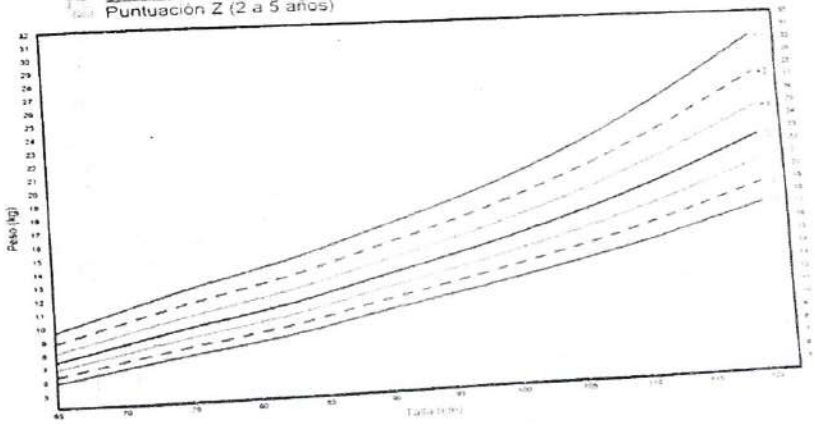
Talla para la Edad Niños

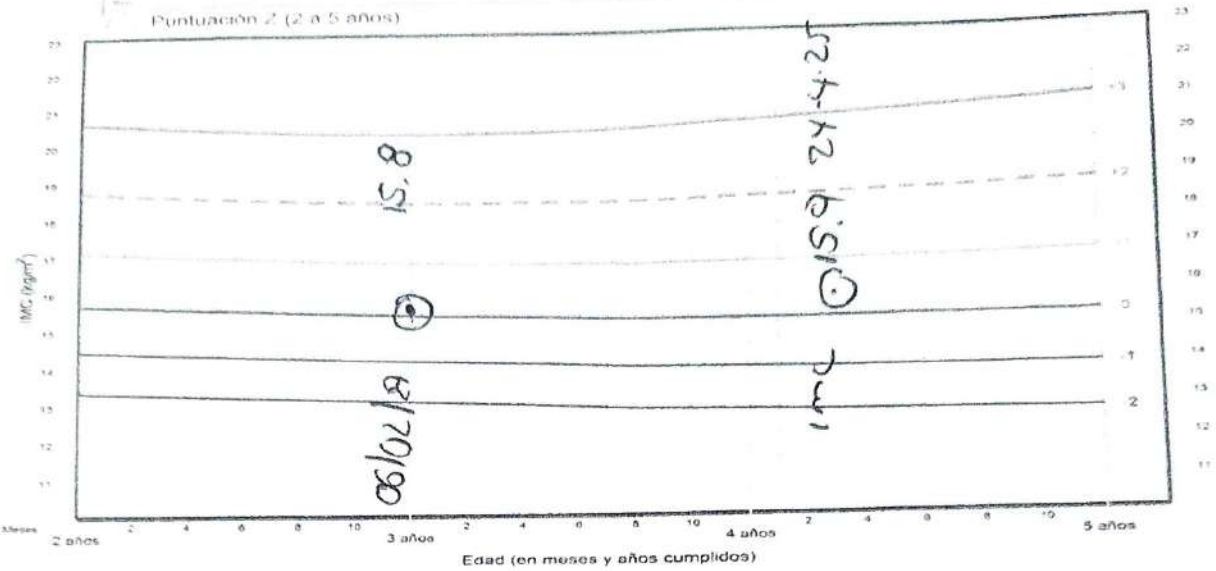
Puntuación Z (2 a 5años)

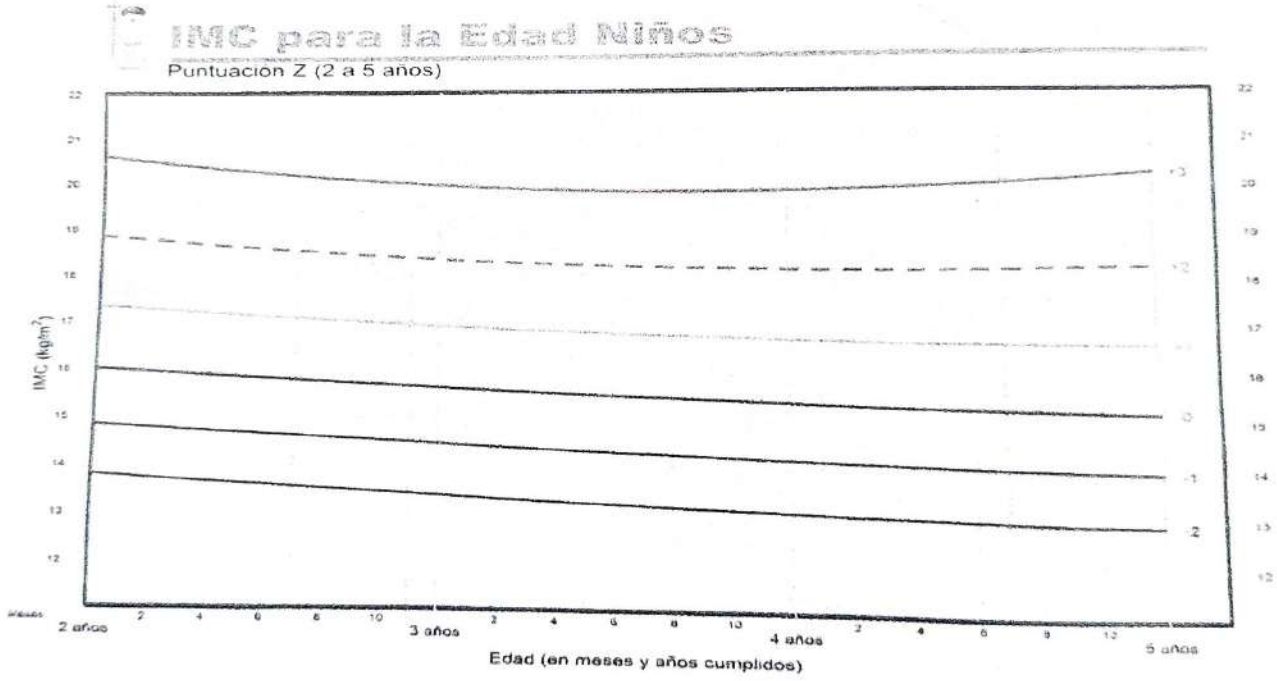


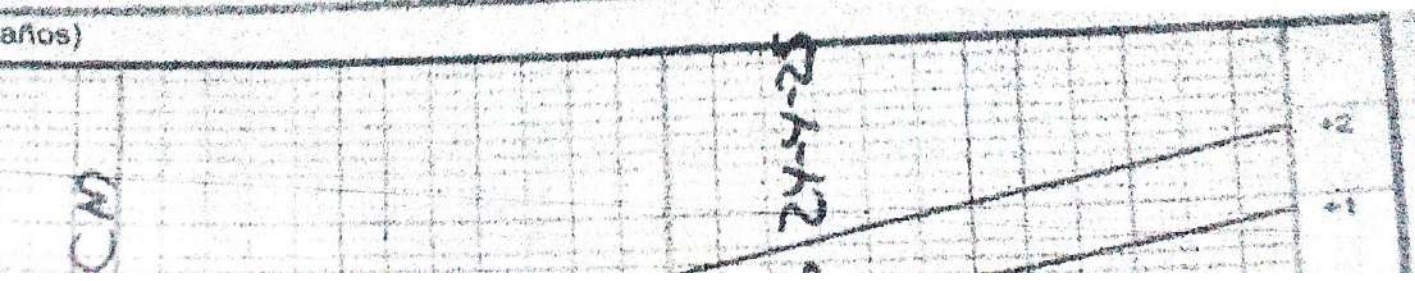
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)




Puntuación Z (2 a 5 años)
IMC (kg/m²)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)


IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
IMC (kg/m²)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)



PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer	Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida	Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

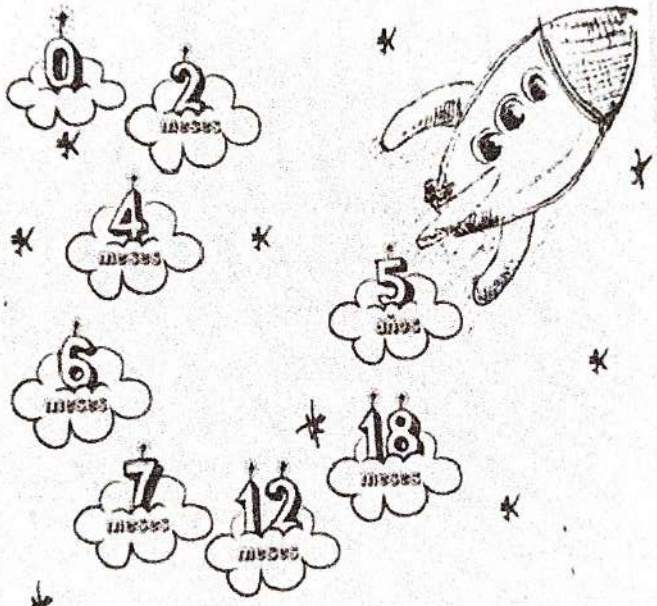
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI

de cero a Siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: SAIRA Valentina CHOSPAR.
Fecha de nacimiento: 16 - 01 - 2021 PAYOSAJE
Nº de certificado de nacido vivo: .....
Registro civil: 1122343630.
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: .....
Peso al nacer: 3700 Talla 50 cm
Dirección: Campo Alegre 29.256
Teléfono: 3154748833
Responsable: Yuriey Payoyaje.
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo.
CC 1122336483

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: Sara Valentina Pinzón Registro Civil: 1122313630

Edad	Me protege de		Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí No							
	Tuberculosis B.C.G.		Única	17-01-2021	Serum	03796105	HFHD	03 2021	Karen A.
	Hepatitis B		Recién nacido	17-01-2021	Serum	03240018	HFHD		Karen A.
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí No							
	Polio (Oral - IM)		1ª	16-MAR-2021	Sanofi	2017208	HFHD		Ana Legardo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1ª	16-MAR-2021	Biologicals	28594032	HFHD		Ana Legardo
	Rotavirus		1ª	16-MAR-2021	GSK	AHVAV888	HFHD		Ana Legardo
	Neumococo		1ª	16 MAR-2021	GSK	AHVAC769A	HFHD		Ana Legardo
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí No						CITA 16-MAYO 2021	
	Polio (Oral - IM)		2ª	26 Mayo 2021	Biologicals	20172004	PS	Afiliado	
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2ª	26 Mayo 2021	Biologicals	20594021B	PS	Afiliado	
	Rotavirus		2ª	26 Mayo 2021	GSK	AHVAC769A	PS	Afiliado	
	Neumococo		2ª	26 Mayo 2021	GSK	AHVAB308A	PS	Afiliado	
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.								
	Polio (Oral - IM)		3ª	22 julio 2021	Biologicals	20172004	PS	Afiliado	
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		3ª	22 julio 2021	Biologicals	26504021B	PS	Afiliado	
	Influenza		1ª	22 julio 2021	Sanofi	V3C131B	PS	Afiliado	
7 Meses	Influenza		2ª	21 Oct 2021	Sanofi	V3C13	PS	Afiliado	Marcos Alirio Casanova.
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		1ª	8 Febr 2022	Serum	0132N048A	PS	Afiliado	
	Fiebre Amarilla		1ª	8 Febr 2022	Sanofi		PS	Afiliado	
	Neumococo		Refuerzo	8 Febrero 2022	GSK	AHVAB315AB			
	Influenza		Anual	02-8-22	Serum	U3221X01	HFHD		Serum
	Hepatitis A		ÚNICA	8 Febrero 2022	MSD	U0.	PS	Afiliado	
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1° Refuerzo	02-8-22	Serum	2E2K0L6B	HFHD		Serum
	Polio (Oral - IM)		1° Refuerzo	02-8-22	Biologicals	21210CAA	HFHD		Serum
5 Años	Polio (Oral - IM)		2° Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		Refuerzo	11-03-24	Serum	0132N048B	HFLO		Jeniffer Cabezas
Niñas 9 Años o más	VPH		1ª						
	VPH		2ª						
	VPH		3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	VARICELA.		UNICA	8 Febrero 2022	Merck	U006722	PS	Afiliado	
	SR		REF	02-8-22	Serum	U125C0B4	HFHD		Serum

Estas vacunas son gratuitas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Cita 22 julio 2022.

CITA. 5 AÑOS CUMPLIDOS.

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO	
				SI	NO
16	03.	2021	x enfera	SN	
26	Mayo	2021	Medico	Si	
16	MIO	2021	X enfem	Si	
16	Octubre	2021	x Enfermeria.	Si	
16	Enero	2022	Medico	SI ✓	
10.	OCTUBRE	2022	x ENF	Si	
20	FEBSOLO	2023	x MEDICO.	SI ✓	
16	Junio	2023	~~Enf~~	Si ✓	
16	Enro	2024	~~Med~~ Enf	✓	
16	Enero	2025	Enf		
24	abril	2025	Enfer	Si ✓	Millena C.
16	07	2026	Control medico		

18
R/V

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

CIUDAD La Dorada Putmayo FECHA: DÍA 15 MES 04 AÑO 2025 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Sarita Valentina APELLIDOS Chasatar Paraguaje

TIPO DE IDENTIFICACION: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122-343-630

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: MES: AÑO: / EDAD: años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE

INFORMACION 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 cancer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a si 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)

¿COMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] ó dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatia); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

En consecuencia, decido: **ACEPTAR:** ____ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** ____ que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Yamile Hidaly Lucitante

En caso de requerirse, identificación y firma del representante legal

Nombres: Yamile Hidaly Apellidos: Lucitante Criollo

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número: 47145795

Firma: Yamile Lucitante

En caso de requerirse firma a ruego:

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

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma el(la) señor(a)

_____ identificado(a) con C.C ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ número _____

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

_____ C.C. N°

_____ C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador:

Firma

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS):

DEPARTAMENTO/DISTRITO:

MUNICIPIO:

Nota: Cuanto se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante lega

RECOMENDACIONES

- Visite a su médico semestralmente
- Cepillese los dientes mínimo 5 veces al día
- Mantenga una dieta balanceada
- Acostúmbrese a usar seda dental en cada cepillada

I.A.M.I. INICIATIVA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
NIT 005 000 2330
TEL. (2)10533-(2)10534 LA DORADA - PUTUMAYO

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S.	Mallamas			
Nombres:	Sara Valentina			
Apellidos:	Chasoy			
Sexo:	M [X]	Fecha de Nacimiento	16	01 21
Identificación:	1122343630			
Dirección:	Camino alegre N.H.C.			

Salud con Calidad

14-04-23 ~ ~ 14-10-23

24-04-25 ~ ~ 24-10-25

27-11-25 ~ ~ 27-05-26

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41145195**

LUCITANTE CRIOLLO
APELLIDOS

YAMILE HIDALY
NOMBRES

Yamile Idaly lucitante
FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-MAR-1982**
PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

16-NOV-2001 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-6401800-70102812-F-0041145195-20020415 **00389** 02105A 02 117792485

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Yamile Hidaly Lucitante Identificado con C.C N° 47745795 en calidad de: padre o madre (Abuela), del niño o niña: Sarra Valentina Chasatar Polaguaje o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Pequeños EXploradores 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 15 Días del mes de Abril del Año 2025.

Yamile Hidaly Lucitante
Madre o Acudiente
C.C 47745795

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 Saira Valentina Chasoy Payaguaje, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.343.630 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos		Audios		Videos		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Yamile Hidaly Lucitante, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 47745795, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos		Audios		Videos		Otros datos personales	

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por Fundación Alma de Urdu, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa EIC

Suscriben:

Firma: Yamile Hidaly Lucitante
Nombre: Yamile Hidaly Lucitante
Calidad - Titular: ____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3219597656
Fecha: 15- abril - 2025
Municipio: San Miguel

CLASIFICADA

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

MBRE DE LA MAESTRA (O): Daliana Marcela Morales Mora

NOMBRE UCA: pequeños exploradores

MBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Sara Valentina Chasatar

IDENTIFICACIO: 1122343630

FECHA DE NACIMIENTO: 24-02-2021

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

de cero a siempre

25 RLV

Ciudad La dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Saira valentina chasatar payoguaje

Fecha de nacimiento Día 24 Mes 02 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1122343630

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 16 Mes 04 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Daliana Maricela Morales Mora

Fecha de registro cualitativo Día 17 Mes 07 Año 2025

Rango de edad
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ●

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales Presenta un desarrollo armonico su lenguaje es fluido y se comunica con claridad, mostrando comprension y habilidades narrativas en lo cognitivo destaca por su curiosidad, atencion sostenida y pensamiento logicos inicial se recomienda continuar, reforzando la motricidad fina y fomentar sus habilidades interpersonales, atraves del juego

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Daliana Maricela Morales Mora

Fecha de registro cualitativo Día 20 Mes 10 Año 2025

Rango de edad
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ●

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales
Propone a su grupo familiar o desconocido actividades que le gustan, manifiesta emociones ante acontecimientos familiares, sociales, culturales, deportivos o politicos de su grupo social aunque sean diferentes, puede relacionar los objetos por su uso comun

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

Rango de edad
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

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

Valoración Cualitativa	Relación con los demás															Relación consigo misma/o												Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social																	
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	11 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales