Fundación Alma de Vida
Fortaleciendo contextos 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 guia para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar X en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización)<br>___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7)<br>___Pertenecientes a Res UNIDOS<br>___Pertenecientes a Familias en Acción<br>___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición<br>___Remitidos por SNBF<br>___Victimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado)<br>_X_Pertenecientes a comunidades (indigenas, afrocolombianas, etc.)<br>___Niños y niñas con discapacidad.<br>___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión.<br>___Población migrante en condición de vulnerabilidad.<br>___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:

Siyethw Liam Isaac Queta Chasatar

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1122343838

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 27-07-2021 EDAD: 3, 8 meses MUNICIPIO: Puerto Asis

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: Campo Alegre ESTRATO: 1 ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: ____ NO: X

¿CUAL?: ____ MOTIVO DEL RETIRO: ____

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: ____

EPS DEL PARTICIPANTE: Mallamas SUBSIDIADO: X CONTRIBUTIVO:

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X DIAGNOSTICO: ____

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: ____

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: ____

TIENE SISBEN: SI: __ NO: X PUNTAJE: ____ DESPLAZADO: SI: X NO:

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

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

**DATOS DEL PADRE**

NOMBRES Y APELLIDOS: Alex Robeney Queta Yiyocuro

No. IDENTIFICACION: 1.006.789.899 DIRECCION RESIDENCIA: ____

CELULAR: 3126367311 E.P.S: Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller. PROFESIÓN: N/A

**DATOS DE LA MADRE**

NOMBRES Y APELLIDOS: Matyuri Natalia Chasatar Homenda

No. IDENTIFICACION: 1.006.994.901 DIRECCION RESIDENCIA: Campo Alegre

CELULAR: 3126367311 E.P.S: Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Matyuri Natalia Chasatar H

NUMERO IDENTIFICACION: 1006994901 CELULAR: 3126367311

DIRECCION: R/ Campo Alegre PARENTESCO: Madre

Natalia Chasatar.
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Zuleidy.
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

**CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**

Número: N 1573593

**NUIP** 1.122.343.838

| Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒ |
|---|---|---|

*Datos del Inscrito*

Apellidos y Nombres completos

QUETA CHASATAR SIYETHW LIAM ISAAC

| Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | | | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo |
|---|---|---|---|---|
| Año 2021 | Mes JUL | Día 27 | MASCULINO | O + |

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

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

| Fecha de Inscripción (Mes en letras) | | | Indicativo serial |
|---|---|---|---|
| Año 2022 | Mes MAR | Día 03 | 0061322465 |

*Datos de la Madre*

Apellidos y Nombres completos

CHASATAR HUMENDA MATYURI NATALIA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.994.901 | COLOMBIA |

*Datos del Padre*

Apellidos y Nombres completos

QUETA YIYOCURO ALEX ROBERNEY

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.788.899 | COLOMBIA |

*Datos del Solicitante*

Apellidos y Nombres completos

CHASATAR HUMENDA MATYURI NATALIA

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.994.901

*Espacio para notas*

*Datos de la oficina de registro que expide el certificado*

| País - Departamento - Municipio | Código |
|---|---|
| COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) | X 6 Z |

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2022 Mes MAR Día 03

**Nombre y firma del funcionario**

MONICA YENY LOPEZ GOMEZ

**Registrador del Estado Civil**

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 29831404-1

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 niño **SIYETHW LIAM ISAAC QUETA CHAZATAR** Identificada con RC, No **1122343838** 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 Cofa

**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 | 1122343838 |
| NOMBRES | SIYETHW LIAM ISAAC |
| APELLIDOS | QUETA CHASATAR |
| 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 | 29/07/2021 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 11/20/2025 00:02:38 | **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

# CARNET DE CONTROL

## NIÑO Y NIÑA

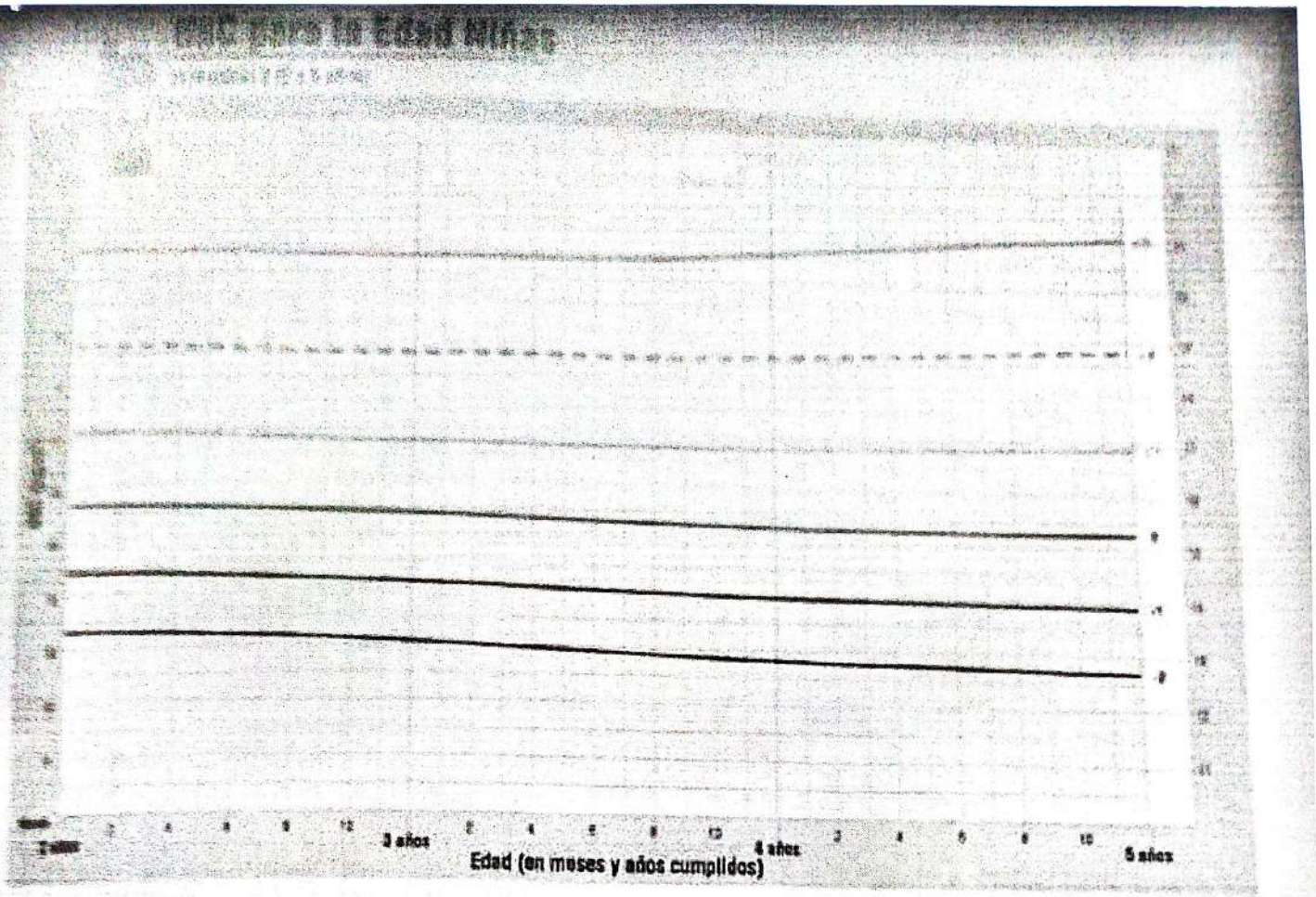
## ...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
**LA DORADA**

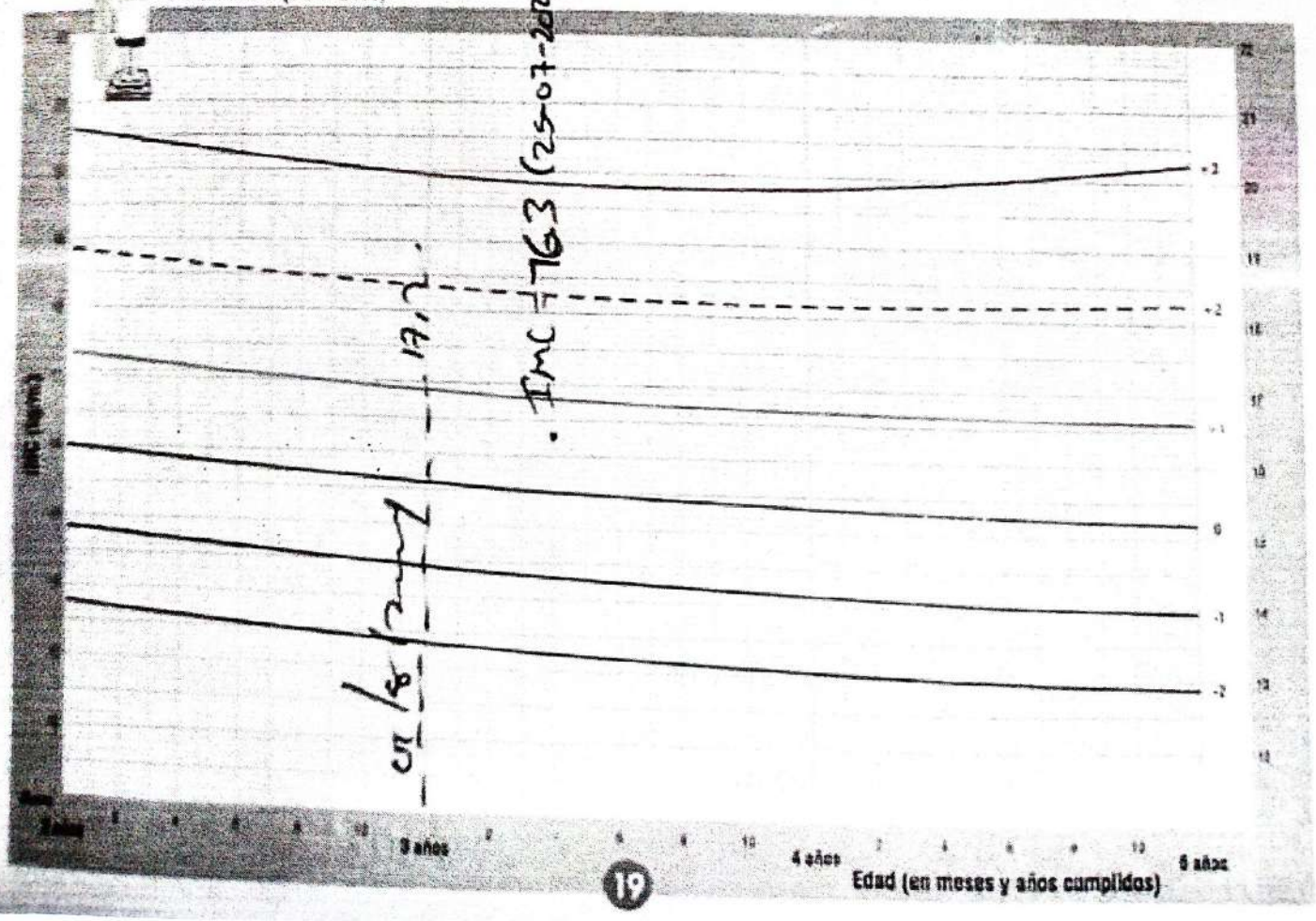
## MIS DATOS

| | |
|---|---|
| Nombres: Sayeth William Isaac. | Apellidos: Cuesta Chaparro. |
| Fecha de nacimiento: 07 (DIA) / 06/07 (MES) / 2021. (AÑO) | Historia Clínica: 1122343889 |
| Barrio/Vereda: C. Alegre. | Responsable del niño: Mariyuri Natalia Chaparro |
| Teléfono: | EPS: 115 |



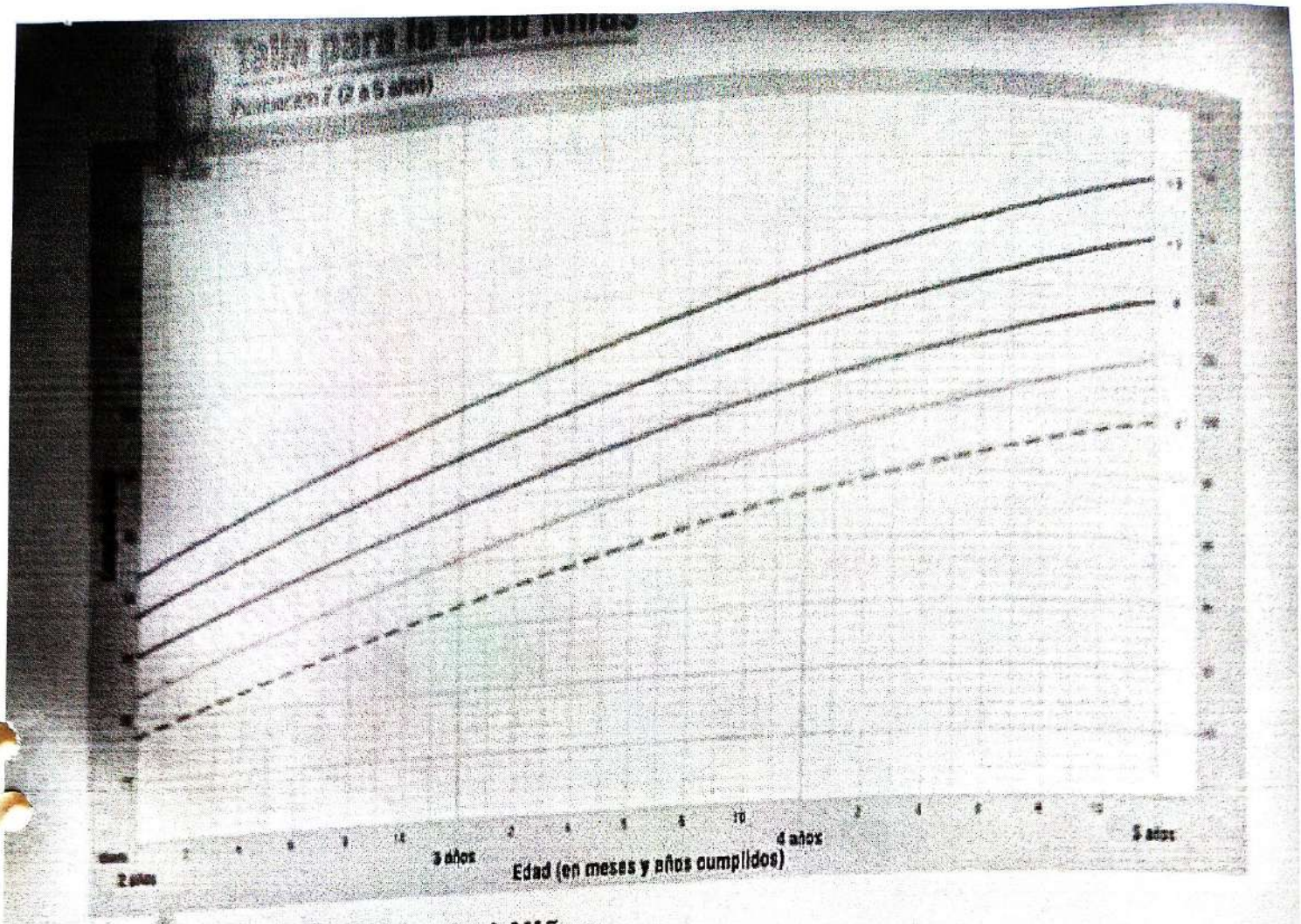

# IMC para la Edad Niños

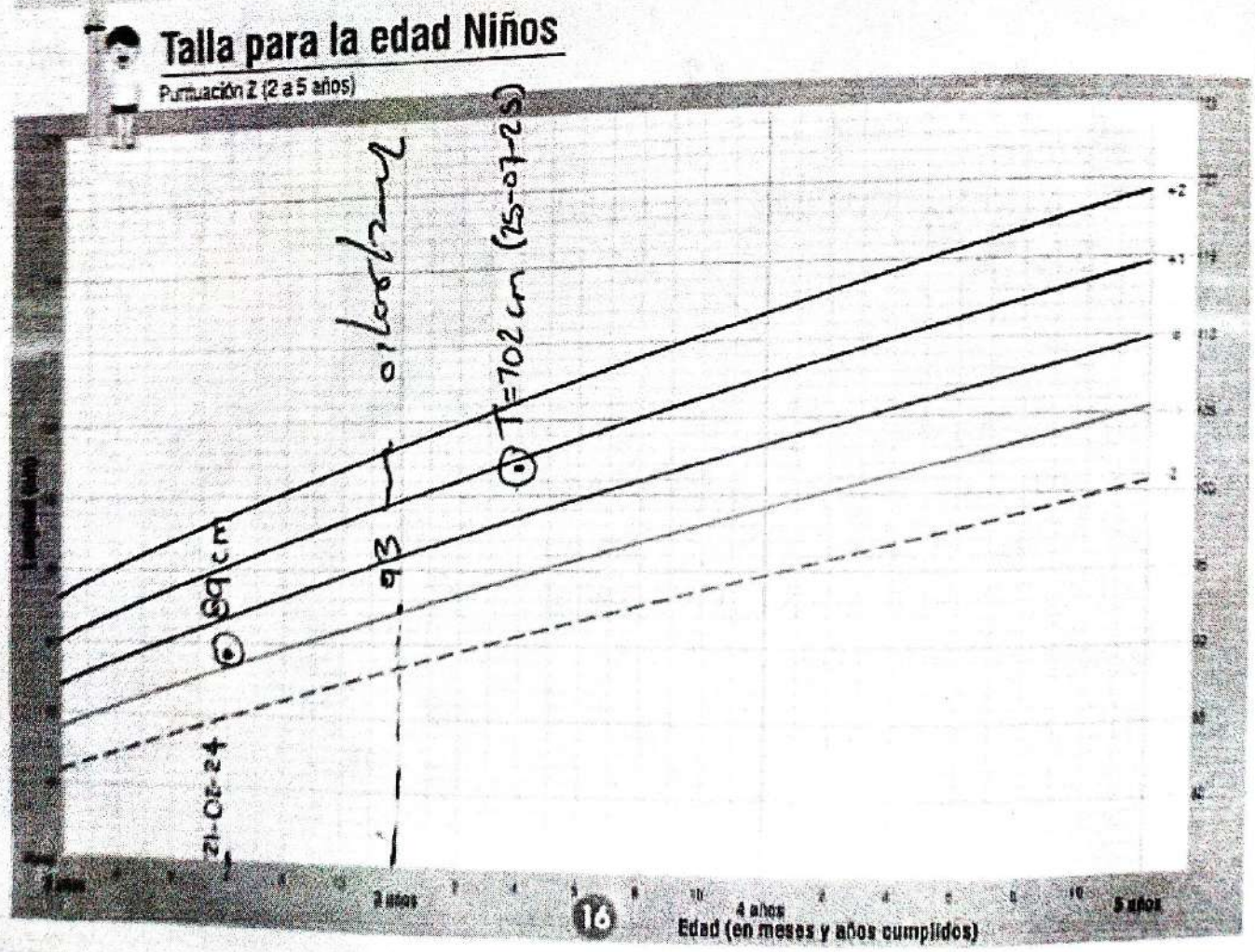
Puntuación Z (2 a 5 años)



## Peso para la Edad Niños

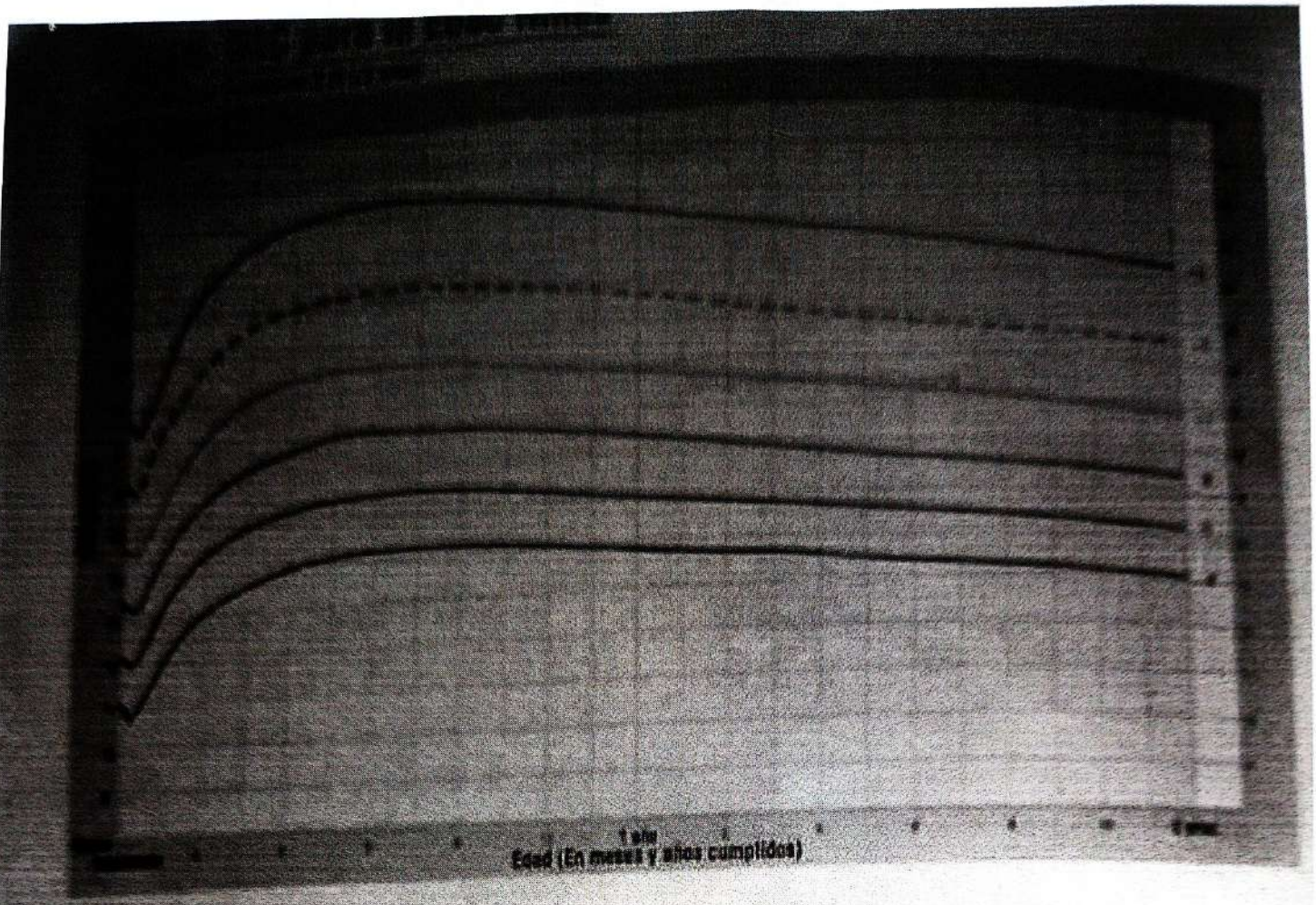
Puntuación Z (0 a 2 años)


Talla para la edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
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)
0,1 cm/mes
T=70,2 cm (25-07-25)
Sq cm
a3
21-02-24
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

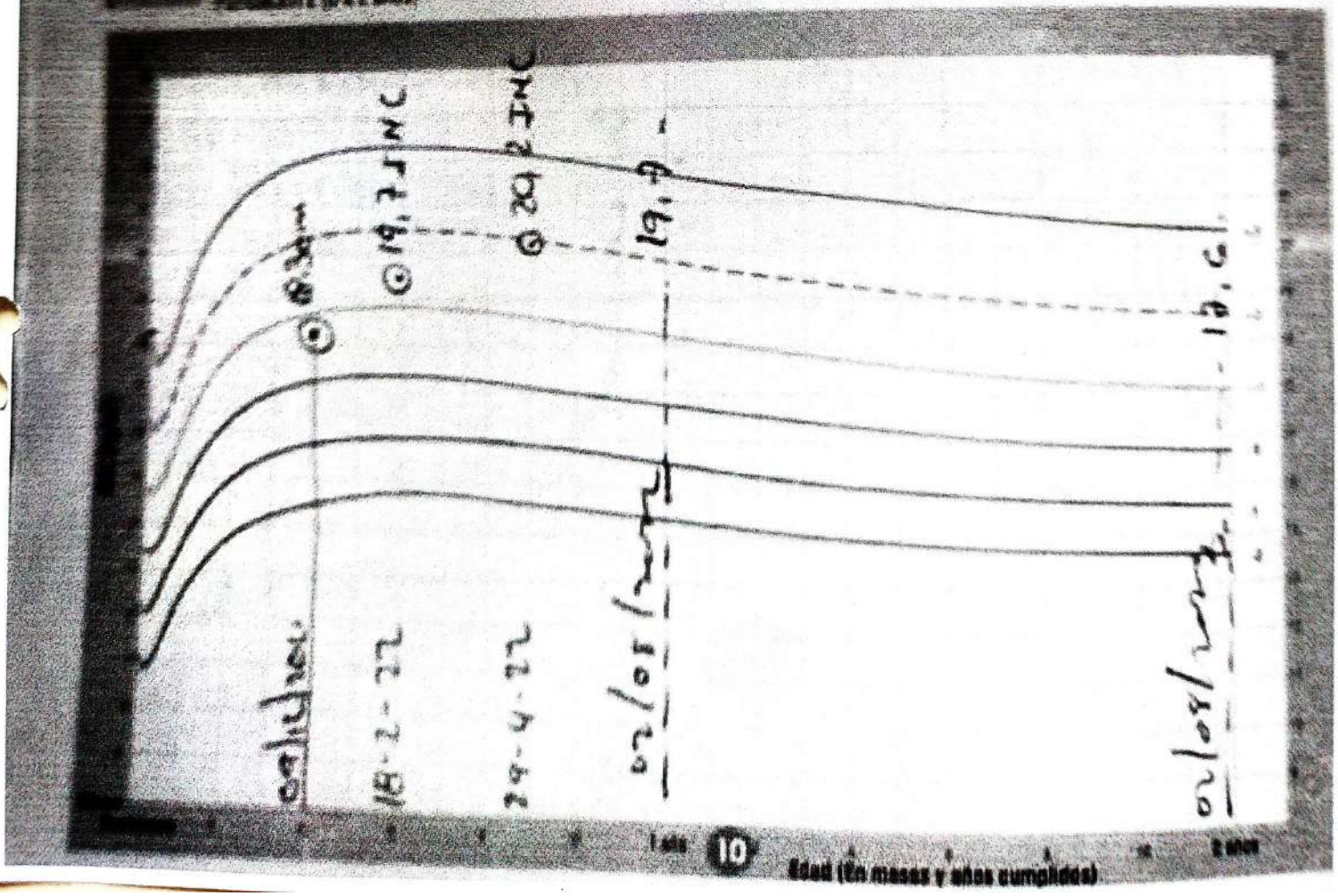
## Perímetro Cefálico Niños

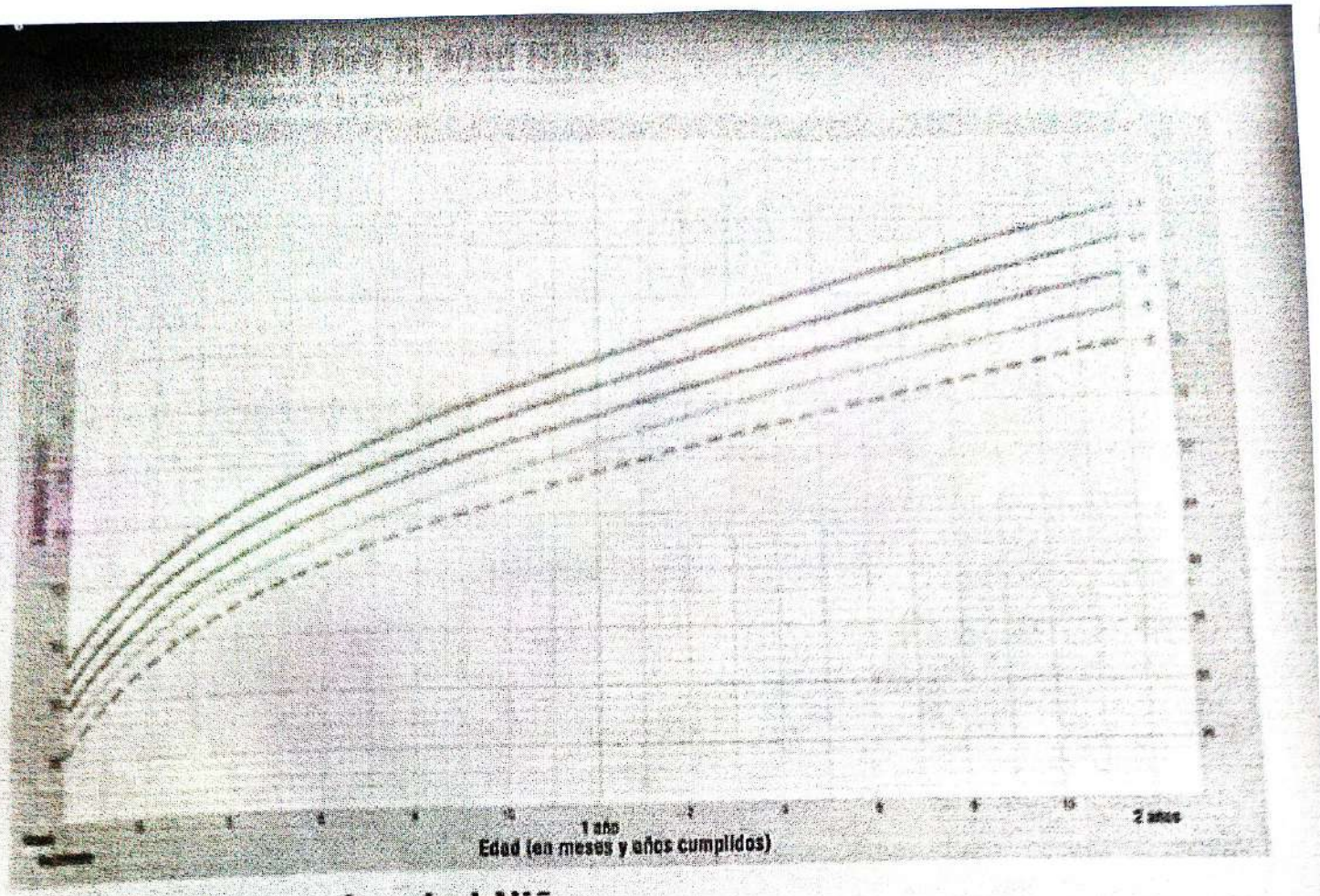
Puntuación Z (0 a 5 años)




## IMC para la Edad Niños

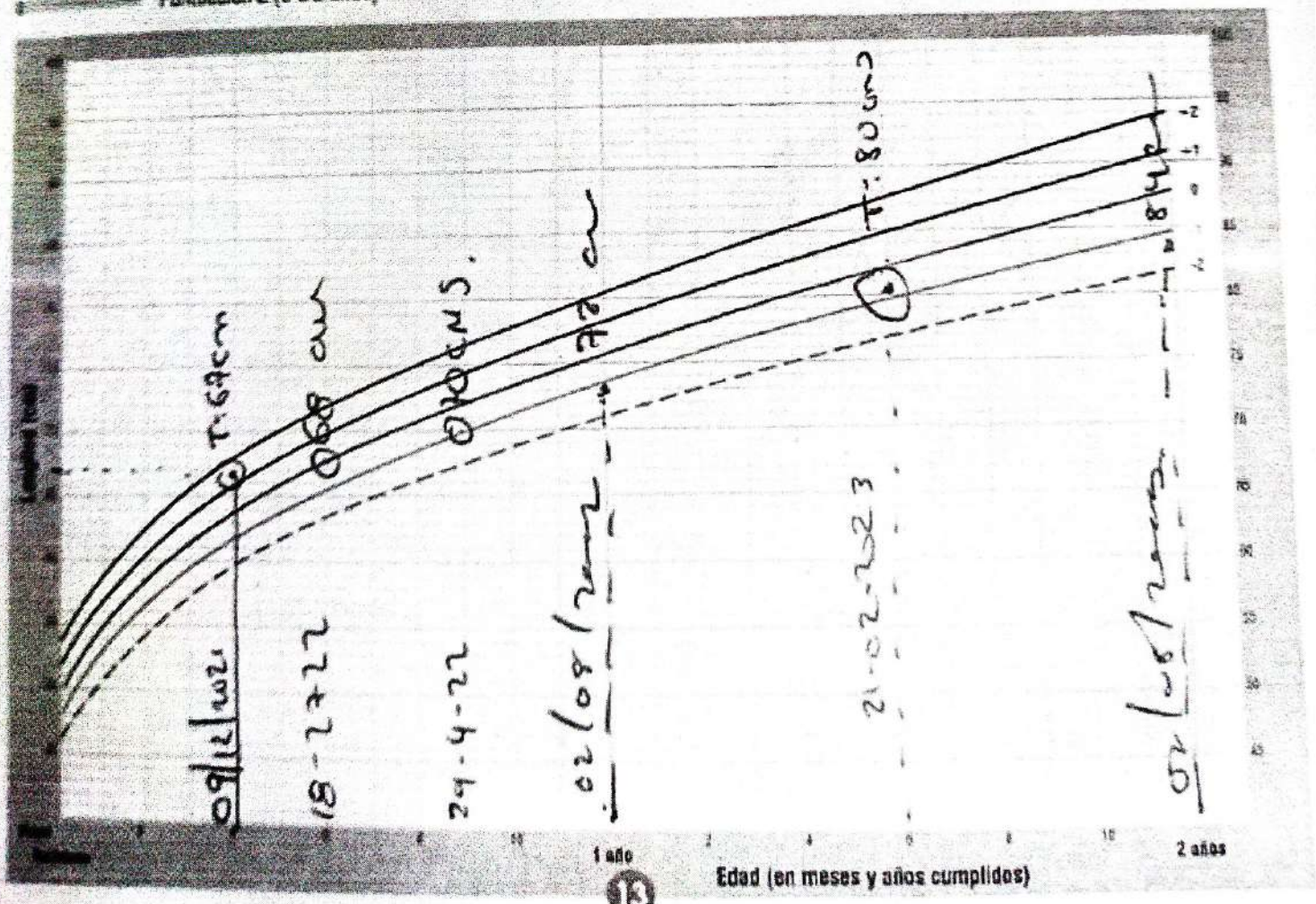
Percentiles 2 (0 a 2 años)

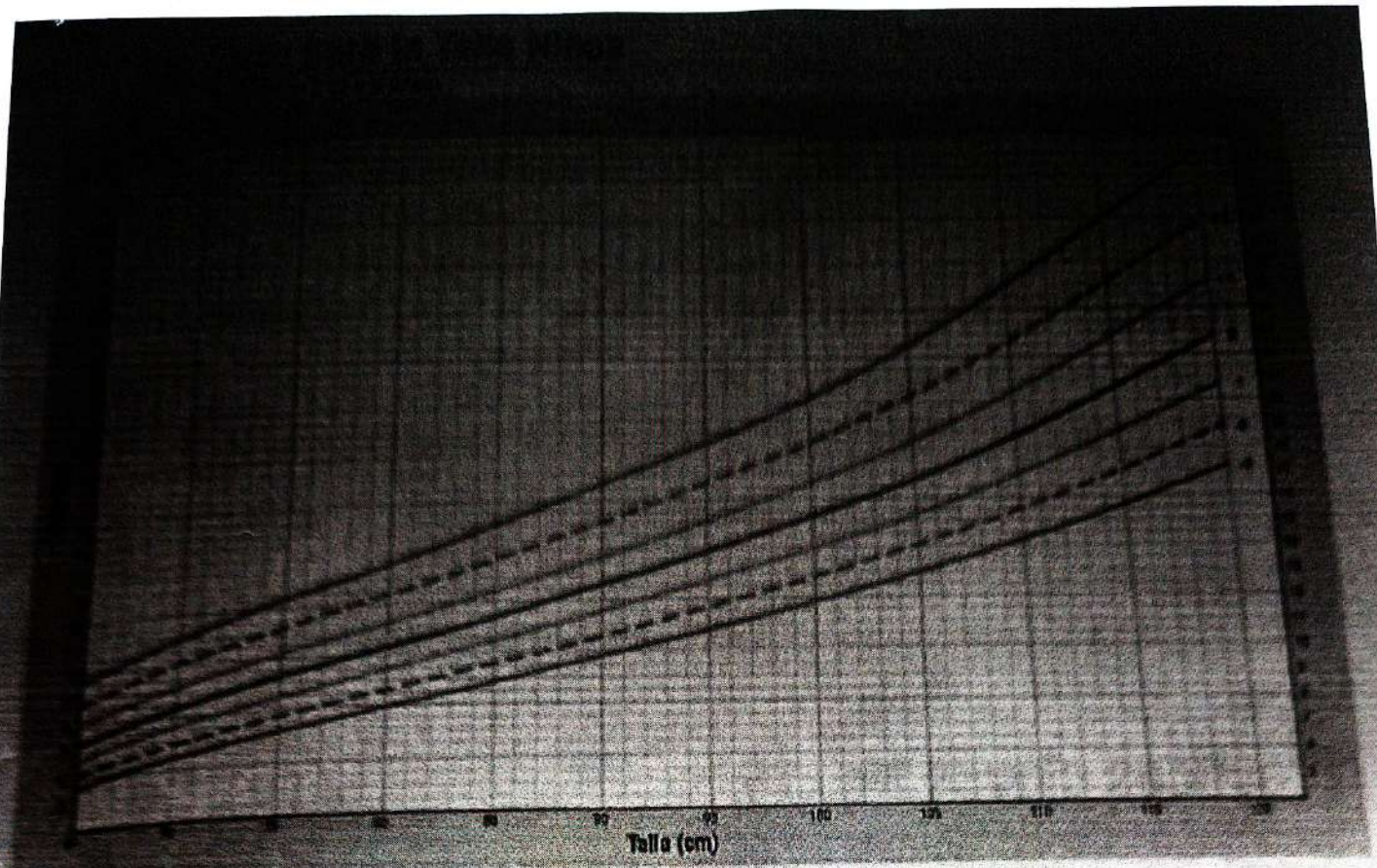





## Talla para la edad Niños

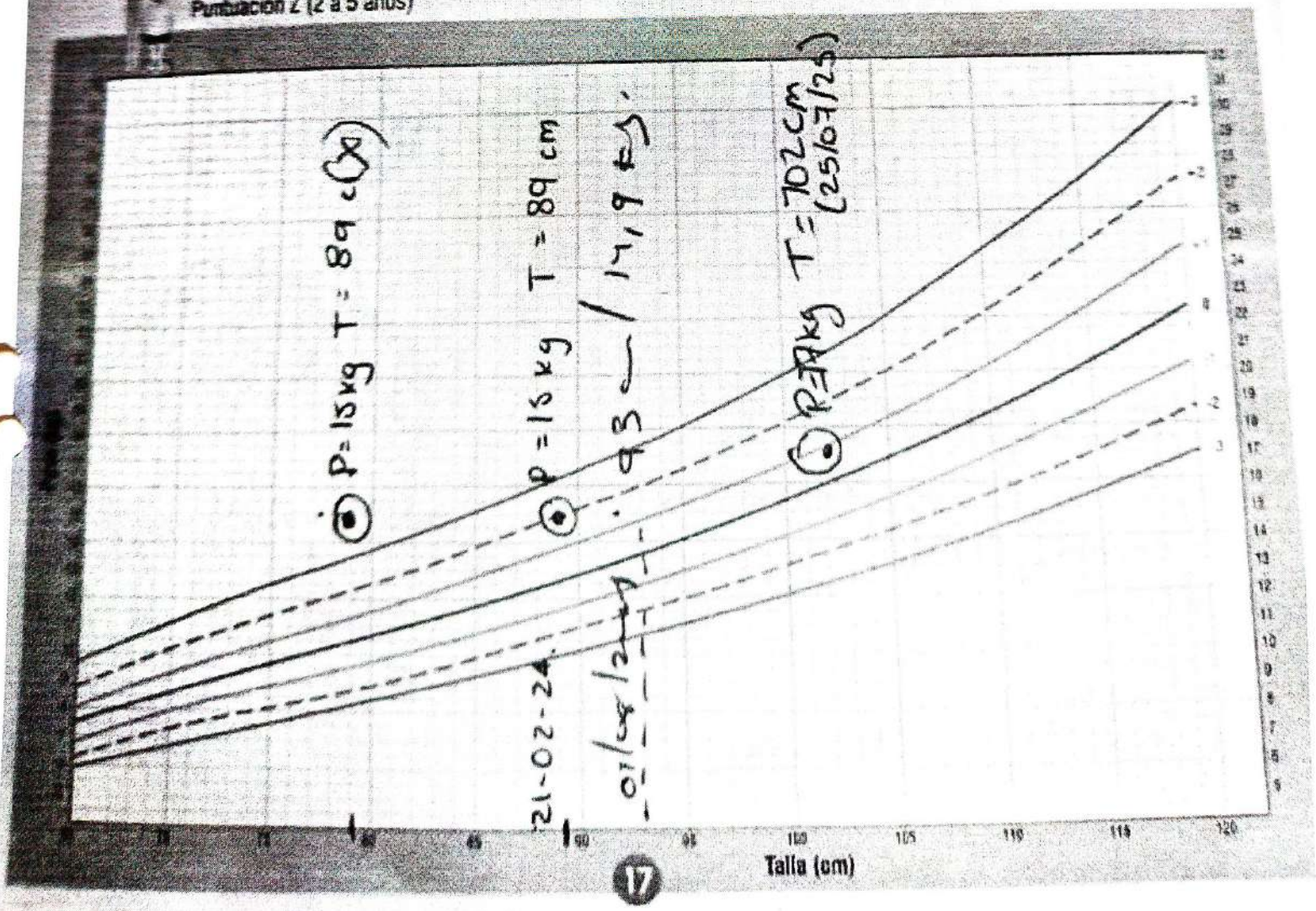
Puntuación Z (0 a 2 años)






## Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



## Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer — Fecha:

PRIMER CONTROL MEDICO

Durante el primer mes de vida — Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA

| 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.

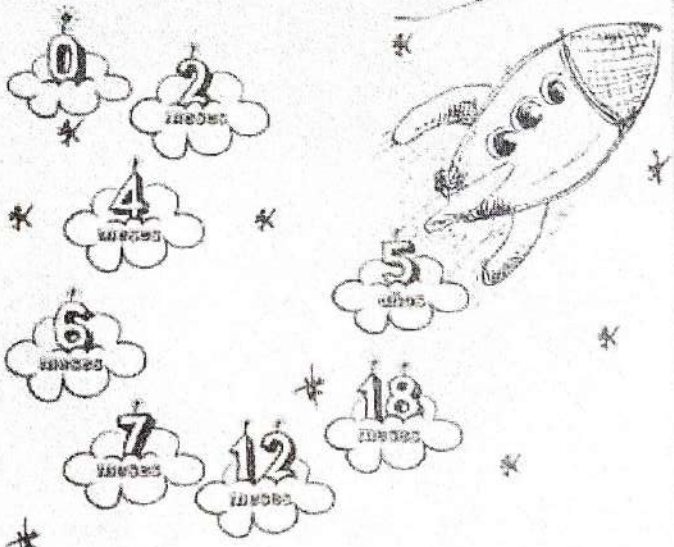
| | |
|---|---|
| Valor reportado TSH: | |
| Fecha verificación: | |
| Profesional que verificó: | |

**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 93 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: Sofia Charlotte Suyetbou Liam
Fecha de nacimiento: 27 JUL 21
Nº de certificado de nacido vivo: 16833427274
Registro civil: A22343838:
Sexo: Mujer talla 51
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3930 53 XI
Dirección: Cerro Alegre
Teléfono:
Responsable: Maturi Natalia Chamorro
Municipio de residencia: Po...ada
Departamento: Putumayo

## Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: Siyethu Liam Isaac  Registro Civil: 1122343838

| 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 | Si ☐ No ☐ | | | | | | | |
| | Tuberculosis B.C.G. | | Única | 27 JUL 21 | Serum I.C. | 03706110 | IPS Hospital Pla Arc | | Hevi Ermuna |
| | Hepatitis B | | Recién nacido | 27 JUL 21 | Serum I.C. | 03207614A | IPS Hospital Pla Arc | | Hevi Ermuna |
| 2 Meses | Lactancia materna exclusiva | Si ☐ No ☐ | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | | 1ª | 27 sept 2021 | Biofucals | 2017004 | IPS Afiliados | | Marcos Alirio Casanova |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | | 1ª | 27 sept 2021 | Serum | 2850X035B | IPS Afiliados | | Marcos Alirio Casanova |
| | Rotavirus | | 1ª | 27 Sept 2021 | GSK | A2016774A | IPS Afiliados | | |
| | Neumococo | | 1ª | 27 Sept 2021 | GSK | ASANB315EA | IPS Afiliados | | |
| 4 Meses | Lactancia materna exclusiva | Si ☐ No ☐ | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | | 2ª | 27 NOV 2021 | Biofucals | 2017004 | IPS Afiliados | | |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | | 2ª | 27 NOV 2021 | Serum | 2850X035E | IPS Afiliados | | |
| | Rotavirus | | 2ª | 27 NOV 2021 | GSK | A2016774A | IPS Afiliados | | |
| | Neumococo | | 2ª | 27 NOV 2021 | GSK | ANB315BA | IPS Afiliados | | |
| 6 Meses | Continuar la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva. | | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | | 3ª | 27 FEB 2022 | 2017004 | Biofucals | IPS Afiliados | | |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | | 3ª | 27 FEB 2022 | 2850X035B | Serum | IPS Afiliados | | |
| | Influenza | | 1ª | 2 junio 2022 | Crecer | V502208 | IPS Afiliados | | Marcos Alirio C. |
| 7 Meses | Influenza | | 2ª | 1 julio 2022 | Crecer | V502208 | IPS Afiliados | | |
| 12 Meses | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | | 1ª | 3 AGOSTO 22 | Serum | D30N026B | IPS Afiliados | | |
| | Fiebre Amarilla | | 1ª | 3 AGOSTO 22 | BIOMANGUINHOS | 2016001 | IPS Afiliados | | |
| | Neumococo | | Refuerzo | 11 OCT 2022 | GSK | ASNB342AA | IPS Afiliados | | |
| | Influenza | a 30 | Anual | 16 JUN 23 | Crecer | V502207 | IPS Afiliados | | |
| | Hepatitis A | | ÚNICA | 3 MAYO 22 | MSD | UC2517 | IPS Afiliados | | |
| 18 Meses | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | | 1º Refuerzo | 7 febrero 23 | 2850X035B | Biofucals | IPS Afiliados | | |
| | Polio (Oral - IM) | | 1º Refuerzo | 7 febrero 23 | 2857Y022 | Biofucals | IPS Afiliados | | |
| 5 Años | Polio (Oral - IM) | | 2º Refuerzo | | | | | | |
| | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | | 2º Refuerzo | | | | | | |
| | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | | Refuerzo | 23 MAYO 2023 | Serum | D137N01A | IPS Afiliados | | |
| Niñas 9 Años o más | VPH | | 1ª | | | | | | |
| | VPH | | 2ª | | | | | | |
| | VPH | | 3ª | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | Varicela | | Única | 3 AGOSTO 22 | Merck | UC6355 | IPS Afiliados | | |
| | TD | | Única | 27 febrero 23 | Serum | 0310783A | IPS Afiliados | | |

Marcos Alirio Casanova
Tec. Sup. en Enfermería
CC: 5244513

Marcos Alirio Casanova
Tec. Sup. en Enfermería
CC: 5244513

Marcos Alirio Casanova
Tec. Sup. en Enfermería
CC: 5244513

Estas vacunas son gratuitas

Santa Marta 2026

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.

# CITAS PROGRAMADAS

| DIA | MES | AÑO | HORA | ASISTIO SI | ASISTIO NO |
|---|---|---|---|---|---|
| 15 | FEBRERO | 2022 | x ENF | | |
| 18 | Abril | 2022 | x NO. | | — |
| 27 | Julio | 2022 | x NO. | | X. |
| 02 | 08 | 2022 | Med. | ✓ | |
| 27 | 01 | 2023 | Enfem | Vo. | |
| 27 | Julio | 2023 | Medico | | X |
| 02 | 08 | 2023 | | ✓ | |
| 27 | 01 | 2024 | Enf. | ✓ | |
| 27 | Julio | 2024 | Med. | | X. |
| 07 | 08 | 2024 | Med | ✓ | |
| 28 | 07 | 2025 | EnF | ✓ | Dnitza M. |
| 28 | 07 | 2026 | Med. | | |

# RECOMENDACIONES

- Cepillate los dientes despues de cada comida
- mantenga una dieta balanceada baja en azucares y carbohidratos
- Cambia tu cepillo de dientes cada 2 meses si tiene gripa o tos, cambialo inmediatamente

*Tu sonrisa refleja lo que tu eres*

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

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
**LA DORADA**

## MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S: Mallamas

Nombres: Sneth Yan Isaac

Apellidos: Queta Chasatar

Sexo: (X) M ( ) F  Fecha de Nacimiento: 27 | 07 | 21

Identificación: 1122343839

Direccion: N.H.C.

*Servimos con amor*

| FECHA | PROCEDIMIENTO | | | | PRÓXIMA CITA |
|---|---|---|---|---|---|
| | CP | S | F | D | |
| 1- 10-2 | X | | X | | 11-04-23 |
| 4-04-23 | X | | X | | 4-10-23 |
| 23-11-23 | X | | X | | 23-05-2 |
| 3/05/24 | X | | X | | 3/11/24 |
| 24-04-25 | X | | X | | 24-10-25 |
| 29-10-25 | X | X | X | | 29-04-2026 |

Ellen Enfermera
INTENSIVA
R. Acosta 390

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.994.901**

**CHASATAR HUMENDA**

APELLIDOS

**MATYURI NATALIA**

NOMBRES

Natalia Chasatar

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-JUL-2001**

**VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)**
**(PUTUMAYO)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.56 | O+ | F |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**18-JUL-2019 SAN MIGUEL(LA DORADA)**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401800-01096998-F-1006994901-20190917 **0067**7118026 1 51874443

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.006.788.899

QUETA YIYOCUPO

APELLIDOS

ALEX ROBERNEY

NOMBRES

ALEX QUETA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-ENE-2000

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

05-FEB-2018 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-6401800-00981603-M-1006788899-20180223 0059615506A 1 49224827

# RECOMENDACIONES

- Cepillate los dientes despues de cada comida
- mantenga una dieta balanceada baja en azucares y carbohidratos
- Cambia tu cepillo de dientes cada 2 meses si tiene gripa o tos, cambialo inmediatamente

*Tu sonrisa refleja lo que tu eres*

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

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
**LA DORADA**

## MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S: Mallamas

Nombres: Smethu Ian Isaac

Apellidos: Queta Chasatar

Sexo: [X] [ ] Fecha de Nacimiento: 27 | 07 | 21

Identificación: 1122343939

Dirección: N.H.C.

*Servimos con amor*

| FECHA | PROCEDIMIENTO | | | | PRÓXIMA CITA |
|---|---|---|---|---|---|
| | CP | S | F | D | |
| 1- 10-23 | X | | X | | 11-04-23 |
| 11-04-23 | X | | X | | 14-10-23 |
| 23-11-23 | X | | X | | 23-05-24 |
| 3/05/24 | X | | X | | 3/11/24 |
| 24-05-25 | X | | X | | 24-10-25 |
| 29-10-25 | X | X | X | | 29-04-2026 |

Liliana Entralgo

INTOLOGA

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Mahyuri Natalia Chasatar Hernandez Identificado con C.C N° 1.006.994.901 en calidad de: padre o madre ( X ), del niño o niña: Liam Isaac Queta 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.

Natalia Chasatar
**Madre o Acudiente**
**C.C** 1.006.994.901

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA | F2.P2.CE | 15/07/2021 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN | Versión 4 | 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 Siyetw Liam Isaac Queta Chasatar, identificado (a) con documento de identidad número 1.122343838 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, Matyuri Natalia Chasatar, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006·994·901, 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, adolescentes y jóvenes 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, adolescentes y jóvenes, y 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: Matyuri Natalia Chasatar
Nombre: Matyuri Natalia Chasatar
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3184663626
Fecha: 16-abril-2025
Municipio: San Miguel Dorada

# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Daliana Maricela Morales Mora. NOMBRE UCA: Pequeños exploradores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Siyethw Liam Isaac Queta IDENTIFICACIO: 1.122.343838 FECHA DE NACIMIENTO: 27-07-2021

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

# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

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

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

de cero a siempre

27
RIV

Ciudad La dorado San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Siyethw Liam isaac Queta chasatar

Fecha de nacimiento 27 06 2021 N° Documento de Identidad 1122343838

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

**Primer Registro Cualitativo**

Nombre del observador Daliana Maricela Morales Mora

Fecha de registro cualitativo 17 07 2025

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

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

Observaciones generales Presenta un desarrollo global acorde a su edad, se destaca en comprensión verbal, coordinado motora, gruesa y habilidades de atención en el area Socioemocional muestra avances en autonomia y empatia, se sugiere continuar estimulación de motricidad Fina mediante actividades ludicas 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 20 10 2025

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

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

Observaciones generales Muestra mayor capacidad de atención y concentración, pudiendo seguir instrucciones de dos o mas pasos manifiesta interés por aprender, hacer preguntas y explorar nuevas experiencias

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

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 23 | 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 | 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 | 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 | 18 20 | 19 20 | 19 20 |

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales