LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripción y Matricula con ffotografía 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).
7	Copia del carnet de vacunación.
8	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
9	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
10	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
11	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
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	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
17	Formato de autorización uso de imágenes.
18	Planilla seguimiento nutricional
19	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
20	OTROS: Formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa (Cuando aplique

PÚBLICA

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

	GESTION DOCUMENTAL INSCRIPCION Y MATRICULA	Versión: 001 Fecha: 25/03 /2025



FECHA SOLICITUD CUPO: 8/8/2025 **FECHA INGRESO:** 07/10/2025

UDS: Mis Pequeños Sonadores **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Shelsy Natalia Lasso Zuñiga

TIENE REGISTRO CIVIL: SI x NO ___ **NUIP No.** 1006789508

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 18/02/2003 **EDAD:** 22 A **MUNICIPIO:** San Miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: V/san Juan Bosco **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: _ **EPS DEL PARTICIPANTE:** Emssanar

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:** A5

DESPLAZADO: SI: _ NO: X **VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:** SI: N/A NO: X

N/A **RED UNIDOS:** SI: ___ NO: X

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ___ NO: X CUAL: N/A

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Carlos Andres Paz Tunubala

No. IDENTIFICACION: 1067625817 **DIRECCION RESIDENCIA:** V/san Juan Bosco

CELULAR: 3104059598 **E.P.S:** ___

OCUPACION U OFICIO: Construccion

EMPRESA DONDE LABORA: ___

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Secundaria **PROFESIÓN:** ___

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: ___

No. IDENTIFICACION: ___ **DIRECCION RESIDENCIA:** ___

CELULAR: ___ **E.P.S:** ___

OCUPACION U OFICIO: ___

EMPRESA DONDE LABORA: ___

NIVEL DE ESCOLARIDAD: ___ **PROFESIÓN:** ___

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: ___

NUMERO IDENTIFICACION: ___ **CELULAR:** 3219575127

DIRECCION: b **PARENTESCO:** b

Shelsy natalia lasso
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.789.508**

LASSO ZUÑIGA

APELLIDOS

SHELSY NATALIA

NOMBRES

Natalia lasso

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-FEB-2003**

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

22-FEB-2021 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401800-01221663-F-1006789508-20210312 **0073**724589A 1 56511242

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1006789508
NOMBRES	SHELSY NATALIA
APELLIDOS	LASSO ZUÑIGA
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	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	01/11/2013	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	10/08/2025 21:38:42	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

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	29/09/2025
Ficha:	86757020480000000152

A5

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres:	SHELSY NATALIA
Apellidos:	LASSO ZUÑIGA
Tipo de documento:	Cédula de ciudadanía
Número de documento:	1006789508
Municipio:	San Miguel
Departamento:	Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	28/11/2017
Última actualización ciudadano:	14/07/2021
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

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 Ni pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO
Dirección:	Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad
Teléfono:	4210537 - 3213138790
Correo Electrónico:	sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

3176600607 - Materna.
- 3134769673 → Urgencias.

6
R/N

CARNET CLÍNICO MATERNO - PERINATAL - CLAP - OPS/OMS

NOMBRES Y APELLIDOS: Shirly Natalia Lasso Zuñiga
DIRECCIÓN: B/ Metropolitano
TELÉFONO: 3219575121.
OCUPACIÓN: Ama de casa.
FECHA DE NACIMIENTO: 18/02/2003.

ESPECIAL: Desolazada ○ Habitante de la calle ○ Reinsertada ○ Otro ○
ETNIA: Blanca ○ Mestiza ● Indígena ○ Afro - col ○ Gitana ○ Raizal ○
LEE Y ESCRIBE: Si ● No ○
ESTUDIOS: ninguno ○ primaria ○ Secund ● Univers ○ Años en el mayor nivel: 11°
D (años) ○ < de 15 > de 35
ESTADO CIVIL: casada ○ unión libre ● soltera ○ otro ○

CONTROL PRENATAL EN: H. F. L. D
PARTO O ABORTO EN:
NUMERO HISTORIA CLINICA: 1006759508.
TIPO DE DOCUMENTO: Cédula | Tarjeta de Identidad | Cédula Extranjera
REGIMEN: Contributivo | Subsidiado | Vinculado | Otro
NOMBRE EPS/ARS: Emssanar

ANTECEDENTES

FAMILIARES NO SI: TBC ○○ diabetes ○○ hipertensión ○○ preeclampcia eclampsia ○○ otros ○○
PERSONALES NO SI: TBC ○○ diabetes ○○ hipertensión ○○ preeclampcia eclampsia ○○ otros ○○
Cirugía pélvica ○○ Infertilidad ○○ VIH + ○○ Cardiop. Nefr. pata ○○ Condición médica grave ○○ Mola ○○ Embarazo ectópico ○○

OBSTÉTRICOS
ÚLTIMO RN PREVIO: Normal ○ <2500 g ○ >= 4000 g ○ No Corresponde ○ Generales ○
gestas previas: 0 | abortos: 0 | vaginales: 0 | nacidos vivos: 0 | viven: 0
3 espont. consecutivos ○
partos: 0 | cesáreas | nacidos muertos | muertos 1 sem. | después 1 sem.
FIN EMBAZO ANTERIOR: día mes año
menos de 1 año ○ mas de 5 años
EMBARAZO PLANEADO/DESEADO SI ○ NO ○
FRACASO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO: no usaba ○ barrera ○ DIU ○ hormonal anticoncep. ○ natural ○ ruptura ○ no aplica ○

GESTACIÓN ACTUAL

TALLA (cm): 164
GESTACIÓN NUMERO: 01
PESO ANTERIOR: 54 Kg
FUM: día 19 mes 06 año 25
FPP:
EG CONFIABLE POR: FUN SI ○ NO ○ Eco<20s ○ ○
FUMA: SI ○ NO ● pasiva ○ CIGARROS POR DIA: 0= no fuma
ALCOHOL SI ○ NO ○ DROGAS ○ ○
ANTITETÁNICA: vigente SI ○ NO ○ DOSIS 1° 2° MES GESTACIÓN
ANTIRUBEOLA: previa ○ embarazo ○ no sabe ○ NO ○
EX. NORMAL: SI NO ODONT. ○ ○ MAMAS ○ ○ CERVIX ○ ○
GLUCOSA: 82.7

HEMOCLASIFICACIÓN: Rh + ● - ○ GRUPO "O" Sensibilización día mes año SI ○ NO ○
CITOLOGÍA: -○ +○ no se hizo ○
COLPOSCOPIA: -○ +○ no se hizo ○
CONSEJERÍA Y SOLICITUD VIH: 1 SI ● NO ○ 2 SI ○ NO ○ 3 SI ○ NO ○
RESULTADO: 1 -● +○ 2 -○ +○ 3 -○ +○
PRUEBA RÁPIDA SÍFILIS: 1 -● +○ 2 -○ +○ 3 -○ +○
Hb<20 sem: 12,2 g <11,0g ○
Hb<20 sem: ,g <11,0g ○
Ag SHB: - ● + ○ no se hizo ○
TEST O' SULLIVAN mg/dl: <135 ● 135 - 199 ○ <=200 ○ no se hizo ○
TOTAL CONSULTAS PRE-NATALES

	día	mes	año	edad gest.	peso	presión arterial	altura uterina	presentación	FCF	movim fetales	fe	Folatos	Calcio	Bacteriuria	Signos de alarma, exámenes, tratamientos	NOMBRE Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL
1	04	08	25	7.6	54	110/60	16	—	—	—	V	V	V	++	Todo lo perhnca 1 cp.	
2	05	09	25	12.3	52.5	104/60	16	-	-	-	V	V	V	++	Examenes 2 trimestre Eco Def	
3	03	07	02	15.2	54.5	110/70	17	-	-	-	V	V	V	++	8/Exams 2 trimestre Eco def	
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																

EL COLOR SIGNIFICA ALERTA

PARTO / ABORTO

CARNET SI ○ NO ○
FECHA DE INGRESO: día mes año
HOSPITALIZACIONES DURANTE EL EMBARAZO: SI ○ NO ○
ABORTO: Interrupción voluntaria ○ Espontaneo ○
CORTICOIDES ANTENATALES: Ciclo único incompleto ○ Ciclo único completo ○ Múltiples ○ Ninguna ○ Semana inicio n/c ○
INICIO T de P: Espontáneo ○ Inducido ○ Cesar.anci. ○
RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: Integras ○ Rotas ○ día mes año hora min <37 sem ○ 12 hrs ○ temp 38°C ○
HORAS ENTRE RUPTURA Y PARTO: Semana ruptura
EDAD GEST AL PARTO: Semana Días por FUM por ECO ○
PRESENTACIÓN: Cefálica ○ Pelviana ○ Transversa ○

ACOMPAÑANTE EN T de P: Pareja ○ Familiar ○ Otro ○ Ninguno ○
NACIMIENTO: VIVO ○ MUERTO: anteparto ○ parto ○ ignora momento ○
GEMELAR: orden fetos 0=único
HORA DEL PARTO: hora min
FECHA DEL PARTO: día mes año
TERMINACIÓN: Espontánea ○ Fórceps ○ Casárea ○ Espátula ○
INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATIVO: Código INDUCCIÓN OPERATIVO
POSICIÓN PARTO: Sentada ○ Cuclillas ○ Acostada ○
EPISIOTOMÍA: NO ○ SI ○
ENEMA/RASURADO: NO ○ SI ○ Sólo enema ○ Sólo rasurado ○ Enema y rasurado ○ ninguno
DESGARROS: NO ○ grado(1 a 4)

OCITÓCICOS EN ALUMBRAMIENTO: Oxitocina ○ Otro ocitócico ○ Espontáneo ○ NO ○
PLACENTA: Completa ○ Retenida ○
LIGADURA CORDÓN: <30s ○ 30s 1m ○ >1m ○
SE HIZO PARTOGRAMA: SI ○ NO ○
MEDICACIÓN RECIBIDA: Ocitócicos en T de P ○○ Antibioticos ○○ Analgesia epidural ○○ Anestesia regional ○○ Anestesia general ○○ Sulfato de magnesio ○○ Transfusión: Sangre ○ Derivados ○ Ninguno ○
ATENDIÓ PARTO: Médico ○ Enf ○ Auxil. ○ Estud. ○ Empir. ○ Otro ○
NOMBRE Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL

ENFERMEDADES: Ninguna ○
HTA crónica ○○ HTA gestacional ○○ G Preeclampcia ○○ M S Eclampcia ○○ Cardiopatia nefropatia ○○ Diabetes ○○ I II G Anemia ○○
Infección Urinaria ○○ Amenaza parto prétérmino ○○ R.C.I.U ○○ Ruptura prematura de membrana ○○ Corioamnionitis ○○ Otras graves ○○
HEMORRAGIA: 1° Trim ○○ 1° Trim ○○ 1° Trim ○○ Postparto ○○ Infección puerperal ○○
Código

RECIÉN NACIDO

SEXO DEL RN: Femenino ○ Masculino ○ no definido ○
PESO AL NACER: g menor 2500g ○
TALLA AL NACER: mm
PERIMETRO CEFÁLICO AL NACER: mm
EDAD GESTACIONAL CONFIABLE: Semanas Días EG FUM ○ ECO ○ ESTIMADA ○
PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL: Adecuado ○ Pequeño ○ Grande ○
APGAR: 5° min
HEMOCLASIFICACIÓN: GRUPO Rh + ○ - ○ Sensibilizado NO ○ SI ○

REANIMACIÓN: Ninguna ○ Ventilación presión+ ○○ Intubación OT ○○ Masaje cardiaco ○○ Adrenalina ○○ Flujo libre 02 ○○
FALLECE EN SALA DE PARTO: NO ○ SI ○
REFERIDO: Alojamiento conjunto ○ Hospitalizado ○ Otro hospital ○
DEFECTOS CONGÉNITOS: NO ○ menor ○ SI ○ mayor ○ Código
ENFERMEDADES: Ninguna ○ Código
TAMIZACIÓN NEONATAL: VDRL TSH audición hiper bili. meconio 1er día SI ○ NO ○ boca arriba SI ○ otras posiciones ○
Normal ○○○○ Anormal ○○○○ no se hizo ○○○○ Pend. result. ○○
ATENDIO NEONATO: Médico ○ Enf ○ Auxil. ○ Estud. ○ Empir. ○ Otro ○
NOMBRE Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL
Vitamina K: SI ○ NO ○
Profilaxis oftálmica: SI ○ NO ○

EGRESO RN: día mes
vivo ○ con patología ○ traslado ○ fallece ○ fallece después del traslado ○ vive después del traslado ○
EDAD DÍAS AL EGRESO: <1 día ○
LACTANCIA: exclusiva ○ parcial ○ fórmula ○
VACUNAS: Ninguna ○ NO SI polio ○○ BCG ○○ hepat.B ○○
PESO AL EGRESO (g)

EGRESO MATERNO: día mes
viva ○ con patología ○ traslado/referida ○ fallece ○ fallece después del traslado ○ sana después del traslado ○
Estancia postParto: < 6 horas ○ Entre 6 y 12 hs ○ Entre 12 y 24 hs ○ > = 24 horas ○
ANTIRUBEOLA POST PARTO: Vigente ○ se aplicó NO ○ SI ○
ANTICONCEOCIÓN: no se hizo ○ DIU ○ natural ○ hormonal ○ otro ○ barrera ○ ligadura tubárica ○ referida ○

NUIO/ certific. nacido vivo
NOMBRE Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL
NOMBRE Y CÓDIGO DEL PROFESIONAL

PARIDAD	0 = 1 1-4 = 0 ≥5 = 2	ENF. RENAL CRÓNICA	= 1	VAGINAL > 20 SS	= 3
		DIABETES GESTACIONAL	= 2	E. PROLONGADO (42s)	= 1
		DIABETES MELLITUS	= 3	HTA	= 2
		ENFERMEDAD CARDIACA ENFERMINEDADES INFECCIOSAS	= 3	RMP	= 2
AB ORTO HABITUAL	= 1	AGUDAS (BACTERIANAS)	= 1	POLIDRAMNIOS	= 2
RETENCIÓN PLACENTARIA	= 1	ENFERMEDADES AUTOINMUNES	= 3	RCIU	= 3
PESO BEBE > 4000g	= 1	ANEMIA (Hb<10g/L)	= 1	EMB. MULTIPLE	= 3
PESO BEBE > 2500g	= 1			MALA PRESENTACION	= 3
HTA. INDUCIDA POR EMBARAZO	= 1	SUB - TOTAL (I/II) =		ISOINM. RH	= 3
EMB. GEMELAR / CESÁREA PREVIA	= 1			SUB-TOTAL (III) =	
MORTINATO / MUERTE NEONATAL	= 1		14-27 28-32 33-40		14-27 28-32 33-40
T.P. PROLONGADO / PARTO DIFÍCIL	= 1				

HUMOR DEPRESIVO	Insomnio, falta de interés, no dis… pasatiempo, depresión, variacion… durante el día.
SÍNTOMAS NEURONEGATIVOS	Transpiración excesiva, boca seca, accesos de rubor, palidez, cefalea de tensión

SOPORTE FAMILIAR

Satisfecha con la forma como usted comparte con su familia y/o compañero

el tien… el espa… A el din…

SOPORTE FAMILIAR

7. SEMANA 14-27 Bajo < 3 ☐ Alto > 3 ☐

8. SEMA…

TOTAL: ____

9. SEMA…

CONTROLES DE LABORATORIOS

	1ER TRIMESTRE		2DO TRIMESTRE		
EXAMEN	FECHA	RESULTADO	FECHA	RESULTADO	I
Hemoglobina / Hematocrito					
Prueba rápida Sífilis					
Prueba rápida VIH					
Prueba rápida Hepatitis B					
Urocultivo					
Test de O'Sullivan / Carga Glucosa					
Gota gruesa					
Toxoplasma IgG					
Toxoplasma IgM					
Chagas					
Rubeola					
Tamizaje Estreptococo Grupo B					
Ecografía Obstétrica					
Otros					

URGENCIAS - HOSPITALIZACIONES

FECHA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO	TR…

ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL

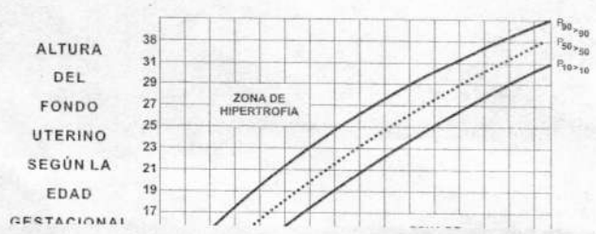


TABLA A…



OBSERVACIONES: Varios: Tomar medicamentos Infecciones …
8am - 2pm - 8pm 2am.
*Invito a curso Maternidad y paternidad segura
Viernes 10:00am. a 11:00pm.

CITAS CONTROLES PROGRAMADOS

DIA	MES	OBSERVACIONES
04	08	2025
04	09	2025
04	10	2025
03	10	205

VACUNACIÓN

	DOSIS FECHA
TÉTANO =	
INFLUENZA -14	
TDAP -24	
PRÓXIMAS CITAS	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	IPS Vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	28-02-21	233S104F	Karen A
	2	14-10-25	233A006A	Keina J.
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	IPS Vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	14-10-25	U5052SOU2	Keina J.
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Shelsy Natalia

Apellidos: Lasso Zuñiga

Documento de identidad: C.C. X C.E P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1006799508

Fecha de nacimiento: Día 13 Mes 02 Año 2003

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS JUVENTUD

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: NATALIA LASSO ZUÑIGA

Doc. de identidad: 1006189508 EPS: EMSANAR

Teléfono: 3219575121 Domicilio: B/METROPOLITANO

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN AÑOS										
			18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Atención por médico general											
		Atención en salud bucal por odontología (1 vez cada 2 años)					04/08/25						
DETECCIÓN TEMPRANA	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Tamizaje de cáncer de cuello uterino (Citología) de acuerdo al riesgo (según riesgo y esquema)					04/08/26						
		Colposcopia cervicouterina (si aplica)											
		Biopsia cervicouterina (si aplica)											
	RCV	Tamizaje de riesgo cardiovascular											
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría anticoncepción - (según riesgo)											
		Atención en salud por medicina general, medicina familiar o enfermería para la asesoría anticoncepción - control (según riesgo)											
	ODONTOLOGÍA	Profilaxis y remoción de placa bacteriana											
		Detartraje supragingival											
	V	Vacunación (según esquema vigente)											

Jina Villacorta
ODONTÓLOGA
Reg.: 81 - 801

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.061.625.817**

PAZ TUNUBALA

APELLIDOS

CARLOS ANDRES

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-DIC-1992**

CHINCHINA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-DIC-2010 PALESTINA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4400300-00407492-M-1061625817-20121025 **0031**90044A 1 38349827

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Shelsy Natalia Lasso Identificado con C.C N° 1006789508 en calidad de: padre o madre ( ), del niño o niña: _____ o Gestante (x) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis Pequeños 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 09 Días del mes de octubre del Año 2024.

Shelsy Lasso
Madre o Acudiente
C.C 1006789508

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 _____, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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, Shelsy Natalia Lasso Zuniga, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006 789 508, 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 Fundacion 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 EIC

Suscriben:

Firma: Shelsy Lasso
Nombre: Shelsy Natalia Lasso
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 09-10-2025
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.

12
R/V

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Merly Ramirez NOMBRE UCA: Mis Pequeños Sonadores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Shelsy Natalia Lasso IDENTIFICACIÓN: 1006789508 FECHA DE NACIMIENTO: 18-02-2003

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					
09/10/25	x			x	Participante que al ingreso al Programa no cuenta con la Vacuna influenza de las 14 semanas se la orienta para que se asegure al Hospital a vacunarse porque segun edad Gestacional no la puede vacunarse. se realiza seguimiento telefonico 15/10/25	Shelsy Natalia		el 15/10/2025 se realiza llamada telefonica para conocer si ya se vacuno y manifiesta que si 14/10/25 entrega copias y se cierra esta novedad		asistir al Hospital a vacunarse y Posteriormente entregar copia del carne