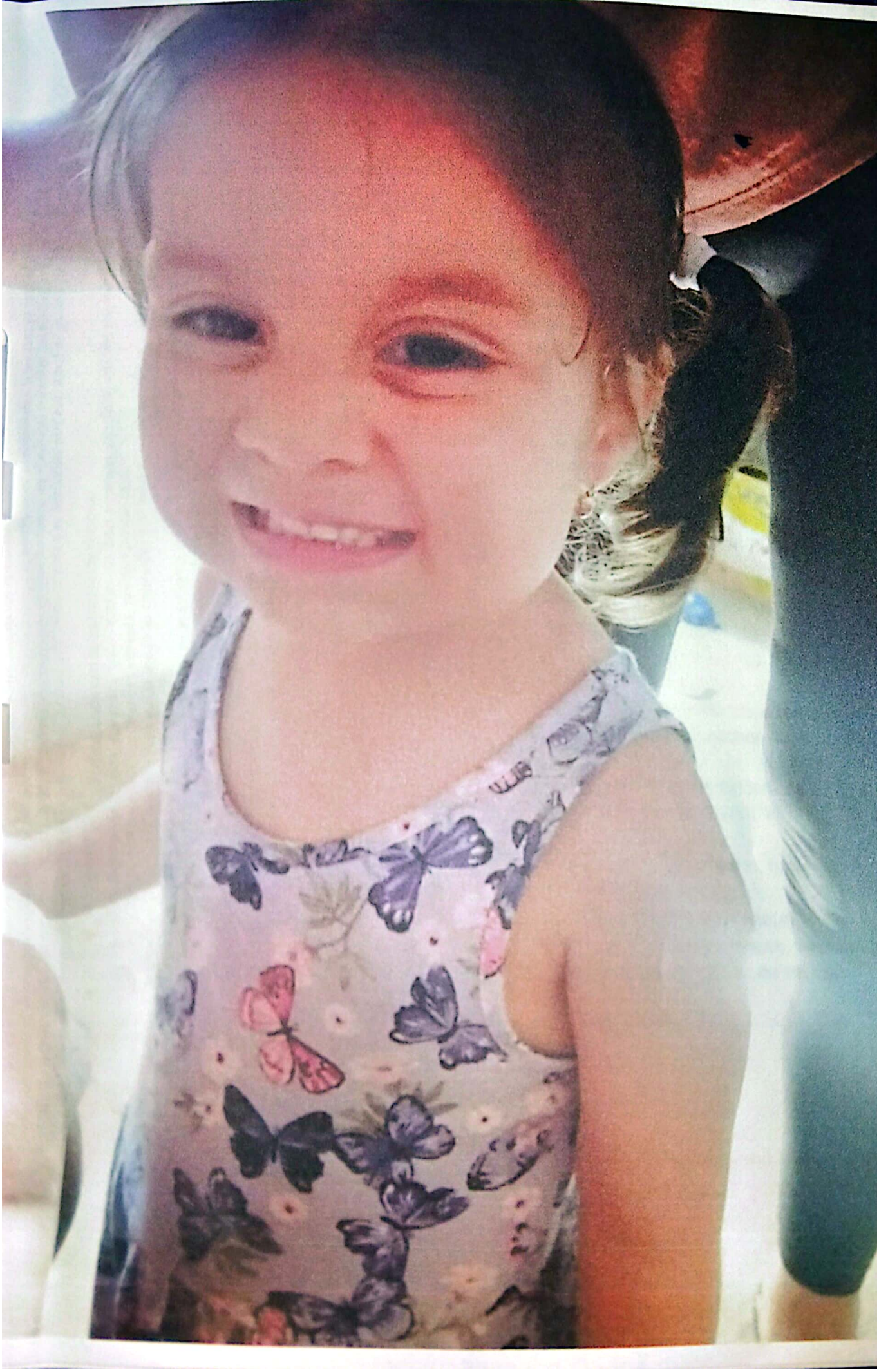


Powered by CamScanner

En nuestra calidad de responsables del uso de la información de nuestros usuarios y grupos de interés, dando cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales y el decreto reglamentario 1377 de 2013, poniendo a su disposición en www.funcamino.org el Aviso de Privacidad, Las Políticas de tratamiento de sus datos Personales y la Autorización del Uso de su Información Personal. Este último se pone a su disposición, para que, si está de acuerdo, sea diligenciado y *entregado.*

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

Autorizo a la corporación HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA, a realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, para los siguientes fines:

a) Para que la fundación pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Operador de Programas misionales del ICBF.

b) Facilitar los Documentos requeridos por los sistemas de información de las entidades autorizadas o las entidades gubernamentales que propenden por el desarrollo integral de las niñas y los niños de primera infancia, madres gestantes y bebes lactantes, bajo el compromiso de mantener la confidencialidad de la información.

DECLARACIONES DEL TITULAR

Yo Victor Hernan Muñoz Alvarez Identificado con CC 72 201 193 Expedida en Targui Acudiente del menor Juliana Muñoz Collazos Identificado con Registro Civil de Nacimiento Numero 1088939244

DECLARO:

a. Toda la información suministrada es verdadera.

b. Conozco los derechos y las condiciones para el tratamiento de datos, incluyendo de manera enunciativa:

Conocer íntegramente y de forma gratuita mis datos personales o de mi hijo(a) o acudiente, así como actualizarlos y rectificarlos frente a la fundación o los encargados del tratamiento.

Conocer el uso que se le ha dado a mis datos personales, previa solicitud de la fundación.

Para efectos de ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir información, revocar la autorización, entre otros, podré acudir a HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA como responsable del tratamiento de manera gratuita al Área de Gerencia, quienes estarán disponibles para la misma.

Victor Hernan Muñoz

Firma Usuario y/o Acudiente

Powered by CamScanner

ACTA DE COMPROMISO PARA PADRES DE FAMILIA
MODALIDAD HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR
VIGENCIA 2025

En mi calidad de padre (madre) de familia, usuario(a) del servicio prestado por el ICBF en el Hogar Comunitario de Bienestar El Pequeño mundo en el cual labora la Madre Comunitaria Dayra Alexandra Ibarra Cellar vinculada a la Entidad Administradora del Servicio CORHUELLAS Manifiesto que he sido informado sobre las responsabilidades que me asisten en el marco del Código de Infancia y Adolescencia contemplado en la Ley 1098 de 2006, el cual expresa con relación al sentido de corresponsabilidad de la familia lo siguiente:

"Artículo 14. La responsabilidad parental. La responsabilidad parental es un complemento de la patria potestad establecida en la legislación civil. Es además, la obligación inherente a la orientación, cuidado, acompañamiento y crianza de los niños, las niñas y los adolescentes durante su proceso de formación. Esto incluye la responsabilidad compartida y solidaria del padre y la madre de asegurarse que los niños, las niñas y los adolescentes puedan lograr el máximo nivel de satisfacción de sus derechos. En ningún caso el ejercicio de la responsabilidad parental puede conllevar violencia física, psicológica o actos que impidan el ejercicio de sus derechos".

En atención a lo anterior, en el marco de las acciones de responsabilidad parental, es mi interés manifestar el compromiso en el proceso de educación inicial de mi hijo (a): Juliana Muñoz collazos. Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al Hogar Comunitario, teniendo en cuenta que es un servicio que me presta el Estado en el marco de la garantía de los derechos de los niños y las niñas.
2) Participar de las actividades que sean convocadas por la Madre Comunitaria, Integralidad, la Entidad Administradora del Servicio o el ICBF, con el fin de promover el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas.
3) Acompañar a mi hijo(a) a su llegada y salida segura del Hogar Comunitario, teniendo en cuenta el horario de atención establecido entre las 8:00 a.m. y las 4:00 p.m.
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias entrego y recibo a mi hijo(a).
5) Entregar a la Madre Comunitaria, en un periodo inferior a dos (2) meses, los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a). Estos documentos son:
   1. Fotocopia de la cédula de los padres o responsables del niño.
   2. Fotocopia del registro civil del niño.
   3. Fotocopia del carné de vacunas.
   4. Fotocopia del carné de crecimiento y desarrollo
   5. Certificación de la clasificación del SISBÉN.

   NOTA: En caso de contar con alguno de los documentos mencionados, informar a la Madre Comunitaria para activar la Ruta Interinstitucional que contribuya a garantizar una atención integral para mi hijo(a).

Powered by CamScanner

6) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) asista al servicio médico y demás actividades de promoción y prevención para lograr el mejor estado posible de salud.
7) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) transite al Sistema de Educación Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
8) Informar a la Madre Comunitaria y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a) al Hogar Comunitario, adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
9) Elegir o ser elegido en el comité de control o veedurías ciudadanas que se convoquen con el fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para la Modalidad Hogares Comunitarios de Bienestar.
10) Mantener relaciones interpersonales que promuevan la convivencia pacífica con los padres usuarios y con la Madre Comunitaria.
11) Cumplir con el pago de la cuota de participación, si esta ha sido acordada en Asamblea de Padres y si no pertenezco a una familia en situación de desplazamiento.
    NOTA: Los recursos recaudados por concepto de la cuota de participación, serán invertidos en pro de la calidad del servicio y de manera prioritaria se podrán invertir en la adquisición de la Póliza de Seguro para los niños y niñas beneficiarios.
12) Informar al ICBF o a la Entidad Administradora del Servicio sobre situaciones que afecten el desarrollo integral o la permanencia de los niños y niñas en el Hogar Comunitario de Bienestar.

n constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el 8 del mes 09 del año 025, en el Municipio de Oporapa.

Victor Herron Muñoz

Nombre y Firma del Padre (Madre) de Familia

Powered by CamScanner

	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	11/07/2024
BIENESTAR FAMILIAR	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 Juliana Muñoz Collazos, identificado (a) con documento de identidad número 1080939244, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	x	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Victor Hernan Muñoz Alvarez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 12201193, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por_____, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Hogar comunitario

Suscriben:

Firma: Victor Hernan Muñoz
Nombre: Victor Hernan Muñoz Alvarez
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 8. septiembre - 2023
Municipio: Obando

CLASIFICADA

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.080.939.244

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64181309

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 3 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE TIMANA - COLOMBIA - HUILA - TIMANA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MUÑOZ	COLLAZOS

Nombre(s)

JULIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes NOV Día 04	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA PITALITO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	231198107255O9

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

COLLAZOS MUÑOZ DIANA SOFIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.077.012.543	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MUÑOZ ALVAREZ VICTOR HERNAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 12.201.193	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MUÑOZ ALVAREZ VICTOR HERNAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 12.201.193	Victor Hernan Muñoz

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes NOV Día 14	LUIS EDUARDO GONZALEZ PAMA - REGI Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

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	1080939244
NOMBRES	JULIANA
APELLIDOS	MUÑOZ COLLAZOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	OPORAPA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	04/11/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/30/2025 19:25:09	**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

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 30/08/2025

Ficha: 41791020504700000237

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JULIANA

Apellidos: MUÑOZ COLLAZOS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080939244

Municipio: Tarqui

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/11/2018

Última actualización ciudadano: 03/10/2024

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: YASMIN JARAMILLO TRUJILLO

Dirección: Carrera 9 4-38

Teléfono: 8329177 - 8329178

Correo Electrónico: sisben@tarqui-huila.gov.co

Powered by CamScanner

SU CODIGO CUENTA NIU

354477208

Para cualquier consulta o pago electrónicos www.electrohuila.com.co

TOTAL A PAGAR

$ 78.780

VENTA No. 86186840

INFORMACION CLIENTE

WILINTON PRIETO ALVAREZ
VDA EL CEDRO
TARQUI
Residencial

Nit CC 83212163
Ruta 37910580540
Ciclo 048
Estrato 1

INFORMACION TECNICA

1 SECUNDARIA
0

Circuito 4550023
Alza 0

INFORMACION CONSUMO

Fa	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo
N	A	S	0	5390	5203	1	187

Consumo año Anterior 188 Consumo Anterior 189

ULTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
ABR	187
FEB	178
DIC	215
OCT	211
AGO	199
JUN	213
ABR	188

CALIDAD DEL SERVICIO

FAU:18 DIU:83.67865MC:17.21865
EC:0 VC:7221 VCD:7221
MCF:0 CEC:112.19957
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 25/03/2025
Valor $ 73780

LIQUIDACIÓN

arifa($/kwh)	Valor Total($)
69.1018 =	98611
002.9406 =	93775

CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)

ía del Periodo	$ 184.386
ntribución %)	$ - 105.610
ie Facturado	$ 78.776

DETALLE DE CUENTA

	VALOR MES
	$ 4
	$ 184.386
	$ - 105.610

OTROS CARGOS	0
ALUMBRADO P	
VALLE ELECTROHUILA	$ 78.780

TOTAL A PAGAR

$ 78.780

ELECTRODOMÉSTICOS

TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

$/kWh Valor $ No Factura

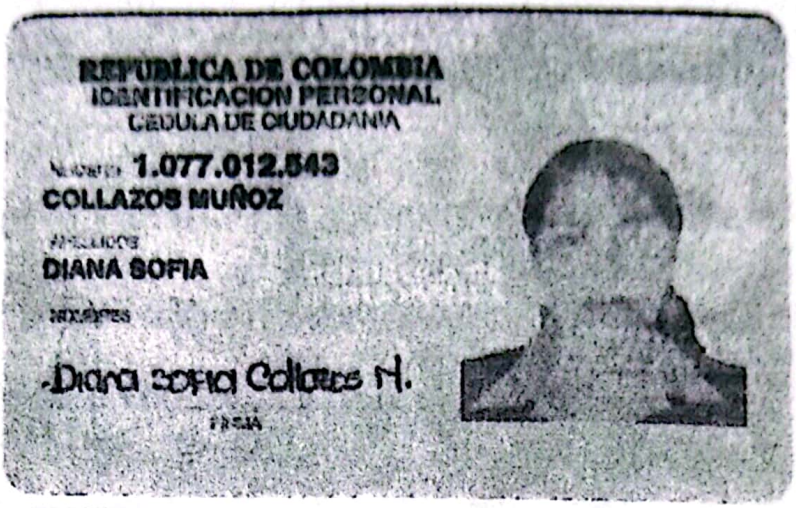
COSTOS UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

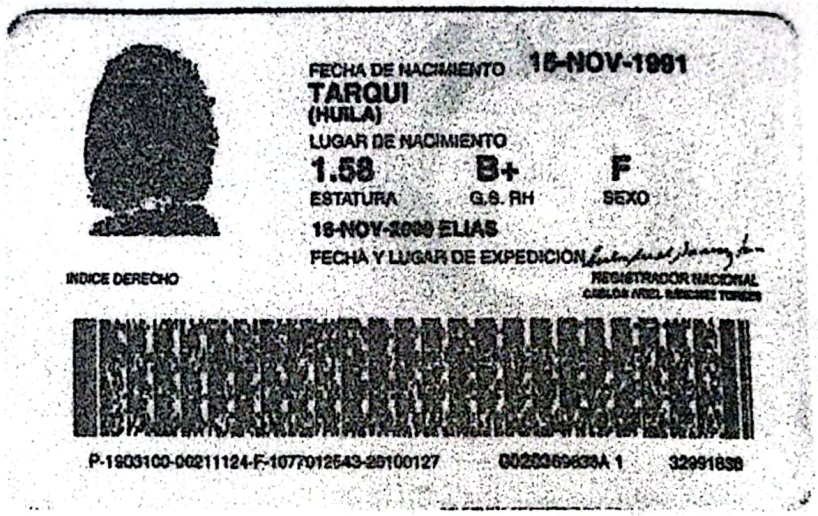
m: 56.0 PRn,m: 0.0 Dn,m: 293.0 Rm: 20.0 Cv,m: 15
: 1002.9406 ($/Kwh)

CREDIVALORES

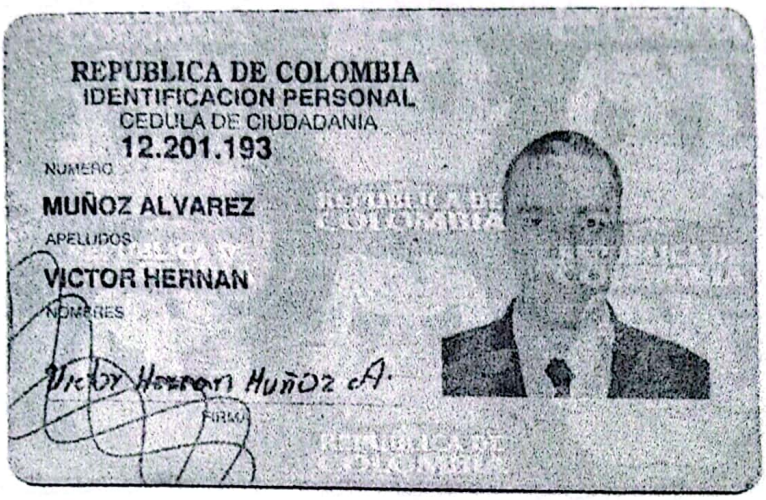
CAPITAL INT.CORRIENTE INT.MORA

Powered by CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.077.012.543
COLLAZOS MUÑOZ
APELLIDOS
DIANA SOFIA
NOMBRES
Diana Sofia Collazos M.
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 16-NOV-1991
TARQUI
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-NOV-2009 ELIAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1503100-00211124-F-1077012543-20100127 0020369639A 1 32991838

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
12.201.193
NUMERO
MUÑOZ ALVAREZ
APELLIDOS
VICTOR HERNAN
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-NOV-1982
TARQUI
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
20-FEB-2001 GARZON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
A-1900100-50141572-M-0012201193-20060516 07279 06136A 02 194189424

Powered by CamScanner

Quién soy

Nombres y Apellidos: Juliana Muñoz Collazos

Identificación: 1080939244 T. Sangre: O+

Nombre de mi mamá: Diana Collazos Ocupación: Ama de Casa

Nombre de mi papá: Victor Muñoz Ocupación: Agricultor

Dirección: Vda Cedro Tel o Cel: 3214955310

DATOS PERSONALES DE REGISTRO Y CRECIMIENTO

Información de nacimiento

Fecha de Nacimiento: Día 04 Mes Nov Año 2023

Recién nacido: Pretermito_____ Atermino_____ Eda gestaciones_____

Embarazo: Único_____ Multiple_____ No. de gestaciones_____

Lugar que ocupa entre los hermanos _____

Peso 3400 Grs Talla 50 Cms Perímetro cefálico _____Cms

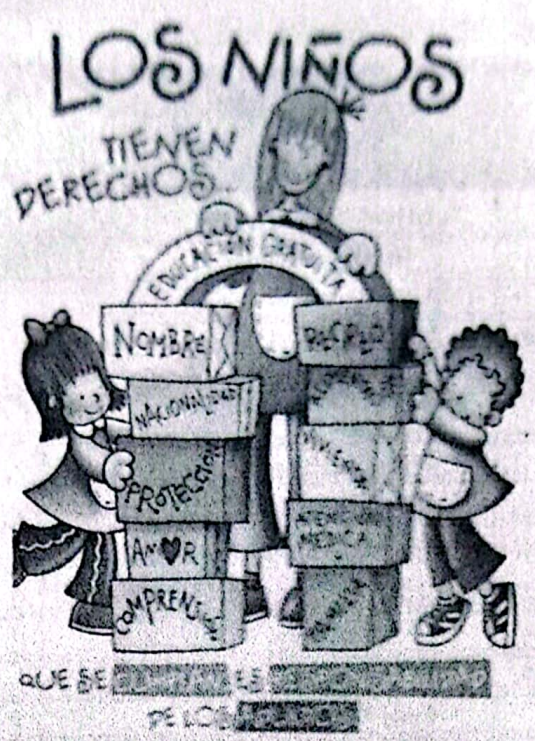
Tiene hermano menor: Si _____ No _____ Fecha de nacimiento: _____

Alimentación:

Edad introducción alimento diferentes a la leche materna

Edad en que se suspende la lactancia materna

Semana 39 Meses _____



CITAS PROGRAMADAS

Año	Mes	Día	Hora	Hora	
				Si	No
2023	Diciembre	21.	Medico		
2025	Noviembre		Medico.		

Powered by CamScanner

Juega conmigo, desde muy pequeño entiendo que estas jugando cuando emitas sonido de animales, hace gestos, cuando tomas un juguete y lo escondes y lo apareces nuevamente.

Cuando me veas llorar, acariciame pues tus manos alivian mi dolor, reducen mis temores y mis miedos.

Permitame explorar, recuerda que yo estoy empezando a conocer el mundo, necesito que tengas paciencia para que me expliques sus riesgos.

Su hijo puede disfrutar en su infancia del calor de la relación que les brinde sus padres, hermanos, abuelos y otros pacientes, teniendolos como personas disponibles para su cuidado, protección, llegados a ella un vinculo que genera placer mutuo. De esta forma tendra mas tarder confianza en si mismo y contara con desarrollo biologico, psiquico y armonico.

RECORDATORIO DE REGISTRO

Fecha de toma de medidas	Edad en días y meses	Peso en kilogramos	Talla en centímetros	Evaluación
20-06-2024	04 MES	8.01g	67 CM	Adecuado
30/08/2024	09 MESES	P=9.5M Pb:14	T=74cm PC=A	Adecuado
29/11/2024	12 meses	P=10A Pb=15	T=76,5 Pc=46	Adecuado.
26/06/2025	19 meses	PB=14.5	T=82 P=12.5	Adecuado
	2 años			

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

IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

Edad (en meses y años cumplidos)

Perímetro Cefálico Niñas (Puntuación Z (0 a 5 años)

Talla para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 5 años)
Edad (en meses y años cumplidos)
Longitud (cm)

Peso para la Edad Niñas
Peso (kg)
Edad (en meses y años cumplidos)
1 año
2 años
20-06-24
P=8.0 kg
P= 9.5kg
24-11-202?
P=10.1kg

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado				
	Visual	Normal		Alterado				
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA								

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega						
2.ª entrega						
3.ª entrega						
4.ª entrega						
5.ª entrega						

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL – AGUDEZA VISUAL

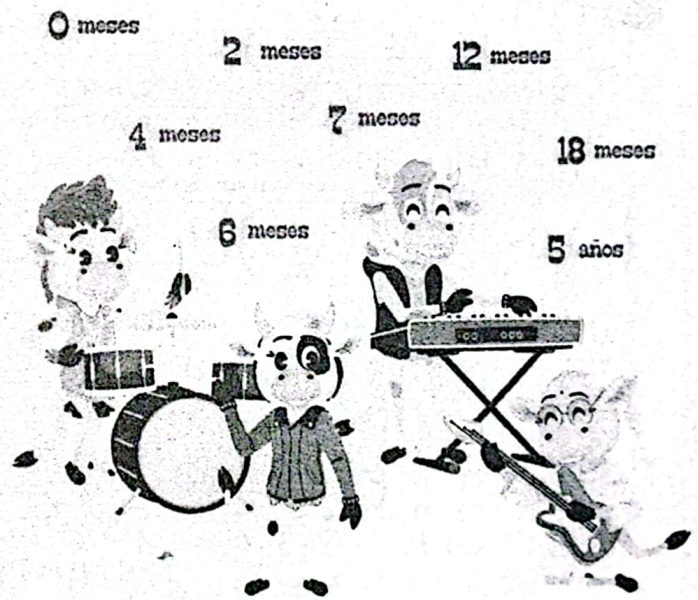
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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



Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Juliana Maria Collazos

Fecha de nacimiento: 4. Noviembre-2023

Nº de certificado de nacido vivo: 2311981072509

Registro civil: 1080939244

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: O+

Peso al nacer: 3400 gr Talla: 50 cm

Dirección: V. el cedro

Teléfono 1: 3214955310

Teléfono 2: 3123076676

Responsable: Diana Sofia Collazos

Municipio de residencia: Tarqui

Departamento: Huila

CC 1077 012 543 Sem 39

Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Juliana Muñoz Collazos **Tipo Identificación:** RC **No. ID:** 1080939244

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	4	11	23	Serum	03A12MA0S2	H. San Antonio	-	-	-	Angie Caperta
	Hepatitis B	Recién nacido	4	11	23	Serum	03232Q00SF	H. San Antonio	4	1	24	Angie Caperta
2 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	05	01	23	BitHoven	223500 1A	CS Quiroga				Valentina Ch
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	05	01	23	SERUM	2B5140 03A	CS Quiroga				Valentina Ch
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	05	01	23	SERUM	2B5140 03A	CS Quiroga				Valentina Ch
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	05	01	23	SERUM	2B5140 03A	CS Quiroga				Valentina Ch
	Diarrea por rotavirus	1.ª	05	01	23	GLAXO	AR01D466AB	CS Quiroga				Valentina Ch
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	05	01	23	PFIZER	FY99250	CS Quiroga				Valentina Ch
4 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	14	03	24	BitHoven	223501A	CS Quiroga				Valentina Ch
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	14	03	24	SERUM	2B52X0 03A	CS Quiroga				Valentina Ch
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	14	03	24	SERUM	2B52X0 03A	CS Quiroga				Valentina Ch
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	14	03	24	SERUM	2B52X0 03A	CS Quiroga				Valentina Ch
	Diarrea por rotavirus	2.ª	14	03	24	GLAXO	AR01D466AB	CS Quiroga				Valentina Ch
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	14	03	24	PFIZER	FY99250	CS Quiroga				Valentina Ch
6 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	10	05	24	BITHOVEN	2234003	CS Quiroga				Martha I. Ortiz
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	10	05	24	SERUM	2B52X0 03A	CS Quiroga				Martha I. Ortiz
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	10	05	24	SERUM	2B52X0 03A	CS Quiroga				Martha I. Ortiz
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	10	05	24	SERUM	2B52X0 03A	CS Quiroga				Martha I. Ortiz
	Influenza estacional	1.ª	10	05	24	INS. BUTANTAN	240979100	CS Quiroga				Martha I. Ortiz
7 meses	Influenza estacional	2.ª	12	06	24	INS. BUTANTAN	240920097900	CS Quiroga				Martha I. Ortiz
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	23	11	24	PFIZER	FX51396	CS Quiroga				Martha I. Ortiz
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	23	11	24	SERUM	01538N0034	CS Quiroga				Martha I. Ortiz
	Varicela	2.ª	23	11	24	MERCK	4008915	CS Quiroga				Martha I. Ortiz
	Hepatitis A	Única	23	11	24	MSD	800523	CS Quiroga				Martha I. Ortiz
	Influenza estacional	Anual	26	06	2024	Seqirus	P1007908004	ESE DMM.				HÉCTOR [illegible]
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	10	Julio	2025	BitHoven	241500 7A	ESE DMM				HÉCTOR [illegible]
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo				Serum	2833102DE	ESE DMM				HÉCTOR [illegible]
	Fiebre amarilla	Única				Bionanguinhos	23K0929	ESE DMM				HÉCTOR [illegible]
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	18	07	2024	Serum	01538N0034	ESE DMM				HÉCTOR [illegible]
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

Buscar en las uñas

Powered by CamScanner