DILAN

MATHIAS

ASTAIZA

BURBANO

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	NIT. 900027451-0
	LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS USUARIOS	

HCB Los Angelitas.

USAURIO: Dilan Mathius Astaiza Burbano. **RC No.** 1195831970.



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotocopia del Registro civil de nacimiento (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez	/		
Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF. SISBEN- renovar cada 3 meses, o en su defecto Certificado de pertenencia a comunidad indígena, afrodescendientes, raizales, palanqueros, y ROM	Formalización del cupo	Actualización cada 3 meses	/		
Para identificar lugar de residencia, fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	/		
Fotografía física, esta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	/		

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS USUARIOS	NIT. 900027451-0

Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo Seguimiento	Cada 3 meses	✓		
Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista a la valoración según esquema establecido	✓		
Copia del carné de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista según el PAI	✓		
Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.			
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (el Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año	✓		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
Formato autorización toma de fotos y vídeos	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya ingresos nuevos	✓		

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1145831970

Indicativo Serial 59573474

59573474

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	D	U	W
X									

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

COLOMBIA - HUILA - LA PLATA LA PLATA H.D. S.A DE PADUA **********

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ASTAIZA **********	BURBANO **********

Nombre(s)

DILAN MATHIAS **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes SEP Día 14	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - HUILA - LA PLATA **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	160227466 **********

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

Apellidos y nombres completos

BURBANO ORTEGA ALEDYS **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1080263518 **********	COLOMBIA **********

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

Apellidos y nombres completos

ASTAIZA ORDOÑEZ DEIBER **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1081397642 **********	COLOMBIA **********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ASTAIZA ORDOÑEZ DEIBER **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1081397642 **********	DEIBER ASTAIZA

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 2020 Mes SEP Día 15	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
DEIBER ASTAIZA Firma	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 302;15/09/2020

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.080.263.518**

BURBANO ORTEGA
APELLIDOS

ALEDYS
NOMBRES

Aledys Burbano Ortega
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-NOV-1992
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-JUN-2011 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1904700-00840306-F-1080263518-20160714 0050490587A 1 45981846

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.081.397.642

ASTAIZA ORDOÑEZ
APELLIDOS

DEIBER
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-JUL-1987
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

28-SEP-2005 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1904900-50143792-M-1081397642-20051214 0185805348B 02 194190802

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 16/01/2025

Ficha: 41378012504400000160

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DILAN MATHIAS

Apellidos: ASTAIZA BURBANO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1145831970

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/02/2021

Última actualización ciudadano: 04/02/2021

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ

Dirección: Calle 6 No 3 - 52

Teléfono: 3176617965

Correo Electrónico: administradorsisben@laargentina-huila.gov.co

Powered by CamScanner

ElectroHuila

NIT. 891.180.001 -1

SU CODIGO CUENTA NIU

286282948

Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohuila.com.co FT -CFE -05 -001

AUTORETENEDORES DE RENTA, REBOL. No 547/2002
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART.4
REBOL . 000055 DEL 14/07/16 DIAN BOMOB GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 6 /01/99 SECRETARÍA DE HACIENDA DE NEIVA

FACTURA DE VENTA No. 79970033

TOTAL A PAGAR

$ 64.340

Documento equivalente según
articulo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 29/ENE/2024

FECHAS DE LECTURAS)
FECHA SUSPENSIÓN

10/NOV/2023
09/ENE/2024
31/ENE/2024

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	GERARDO BURBANO	Nit CC	83240656
Dirección	VDA LAS AGUILAS PARTE BAJA	Ruta	6920781220
Municipio	LA ARGENTINA	Ciclo	070
Clase Servicio	Residencial	Estrato	2

INFORMACIÓN TÉCNICA

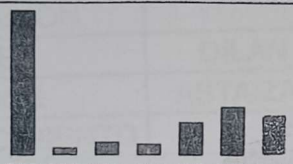
Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6515102
Carga Contratada	144	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	6

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
16415102	ISK	A	S	00	11264	11131	1	133

Promedio Cuenta 16 Consumo Año Anterior 37 Consumo Anterior 37

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
DIC	133
OCT	6
AGO	11
JUN	9
ABR	30
FEB	44
DIC	37

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU:81 DIU:140.439765MC:4.241386
EC:2 VC:5356 VCD:2678
VCF:2678 CEC:82.31192
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 29/05/2023
Valor $ 42750

LIQUIDACIÓN CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)	Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
66.5	897.4503 =	59680			
66.5	978.2208 =	65052			

Valor Total Energía del Periodo	$	124.732
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 62.366
Valor Total Energía Facturado	$	62.366

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
DEUDA INTERES CAPITAL	$ 122
INTERES MORATORIO	$ 110
INTERES MES ALUMBRADO	$ 4
DEUDA ALUMBRADO Y OTROS	$ 558
CONSUMO PERIODO	$ 124.732
DEUDA INTERES ALUMBRADO	$ 4
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$ 3.118
CORRECCION DEUDA	$ - 4
AJUSTE DECENA	$ - 4
COMPENSACIÓN CALIDAD INDIVIDUAL	$ - 1.934
SUBSIDIO	$ - 62.366

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P.	$	3.684
VALOR ELECTROHUILA	$	60.656

TOTAL A PAGAR

$ 64.340

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO C PEND TOTAL CONV BALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION C PEND TOTAL FIN BALDO FIN CUOTA

FOES: Consumo Kwh $Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 378.0 Tm: 46.0 PRn,m: 77.0 Dn,m: 261.0 Rm: 2.0 Cv,m: 11
5.0 CUv,n,m: 978.2208 ($/Kwh)

CREDIVALORES

BALDO CAPITAL INT. CORRIENTE INT. MORA

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	1145831970
NOMBRES	DILAN MATHIAS
APELLIDOS	ASTAIZA BURBANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA ARGENTINA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	01/22/2025 19:03:07	**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

Powered by CamScanner

EDAD	TIPO DE VACUNA	
Recièn Nacido	Antituberculosa - BCG	
	Hepatitis B (Recién Nacido)	
A partir de los 2 Meses	PENTAVALENTE	Difteria - Tos ferina - Tetanos (DPT)
		Haemophilus influenze - TIPO b
		Hepatitis B
	Vacuna oral de polio - VOP	
	Vacuna oral de rotavirus	
	Vacuna contra el neumococo	
A partir de los 4 Meses	PENTAVALENTE*	
	Vacuna contra polio - VOP	
	Vacuna oral de rotavirus	
	Vacuna contra el neumococo	
A partir de los 6 Meses	PENTAVALENTE*	
	Vacuna oral de polio - VOP	
De 6 Meses a 23 meses	Vacuna de influenza (De 6 meses a 23 meses)	
A Los 12 meses	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)	
	Fiebre Amarilla (FA)	
	Vacuna contra el neumococo	

1ra DOSIS O UNICA	2da DOSIS		3ra DOSIS		A los 12 meses de edad	
Fecha	Fecha		Fecha		Fecha	
	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna

Al año de las terceras dosis	Difteria - tos ferina - tétanos(DPT)
	Vacuna oral de polio - VOP
Al año 5 años de edad	Difteria - tos ferina - tétanos(DPT)
	Vacuna oral de polio - VOP
	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)
Adicionales	

Al año de la 3ra DOSIS		A los 5 Años de edad		ADICIONALES		

REHIDRATACIÓN ORAL SUERO ORAL



En un litro de agua hervida y fría, mezcle todo el contenido de un sobre de suero oral.

si el niño NO ESTA DESHIDRATADO dele con cucharita y vaso dos onzas como mínimo, después de cada deposición.

Si el niño presenta ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN acuda a la Promotora de salud, ala Unidad de Rehidratación Oral UROCS más cercana, o al Hospital.

AL MES	EDAD	A LOS 24 MESES	EDAD
Patalea vigorosamente		Salta en los dos pies.	
Sigue con los ojos el movimiento de un objeto.		Hace torre de 5 o más cubos.	
Se sobresalta con el ruido.		Dice más de 20 palabras claras.	
Sigue movimientos del rostro.		Control diurno de orina.	
A LOS 3 MESES		**A LOS 36 MESES**	
Sostiene la cabeza.		Camina hacia atrás.	
Se lleva objetos a la boca.		Separa objetos grandes y pequeños.	
Balbucea con las personas.		Usa oraciones completas.	
Se voltea cuando se le habla.		Se baña solo las manos y la cara.	
A LOS 6 MESES		**A LOS 48 MESES**	
Intenta sentarse solo.		Lanza y agarra la pelota.	
Pasa objetos de una mano a otra.		Copia cuadrado y círculo.	
Reacciona cuando se le llama.		Describe bien un dibujo.	
Pone atención a la conversación.		Tiene un amigo especial.	
A LOS 9 MESES		**A LOS 60 MESES**	
Se sienta por si solo.		Hace rebota y agarra la pelota.	
Agarra objetos con los dedos Pulgar e Índice.		Dibuja escalera.	
Dice una palabra clara.		Nombra 4 o 5 colores.	
Imita aplausos.		Organiza Juegos.	
A LOS 12 MESES		**A LOS 72 MESES**	
Se para solo.		Salta desde 60 cms de altura.	
Busca objetos escondidos.		Dibuja casa.	
Entiende orden sencilla.		Conoce días de la semana.	
Bebe en la taza sola.		Comenta vida familiar.	
A LOS 18 MESES		**A LOS 84 MESES**	
Corre.		Salta alterando los pies.	
Pasa hojas de un libro.		Copia una figura de líneas curvas.	
Reconoce seis objetos.		Conoce ayer, hoy y mañana.	
Avisa deseos de ir al baño.		Conoce fechas especiales.	

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2019	Noviem	04	1:00	CMoraV	
2020	Diciem		1:00		
2021	Agosto	15	2:00	Mayo F.	
2022	Enero	25	1:00		
2022	febre.	05	2:0	Mayo F.	
2022	Agosto	20	2:00		
2023	Enero	17	8:00		
2023	Agosto	01	8:00		
2024	Enero	14	8:00	Enero	
2024	Noviembre	16	2:00	Noviembre	
2025	Octubre	11	8:00		

Atención con Calidad Humana

E.S.E JUAN RAMÓN NUÑEZ PALACIOS

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS

NIT 813.010.966-1 Tel 8311607
Código del Prestador 41378003821
La Argentina - Huila



CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

Nombre: Dilan Mathias Astaiza
Fecha de nacimiento: 14 sep 2020
Registro Civil: 1145831970
Teléfono: 3153085024
Dirección:
Barrio o Vereda: Las Aguilas
Nombre Responsable del Niño: Aledys Barbano
EPS afiliación: Comfa.
Sitio de atención: E.S.E

CUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE AS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS AGENTES DE SE LO RECOMIENDE.

Powered by CamScanner

INTERPRETACIÓN DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

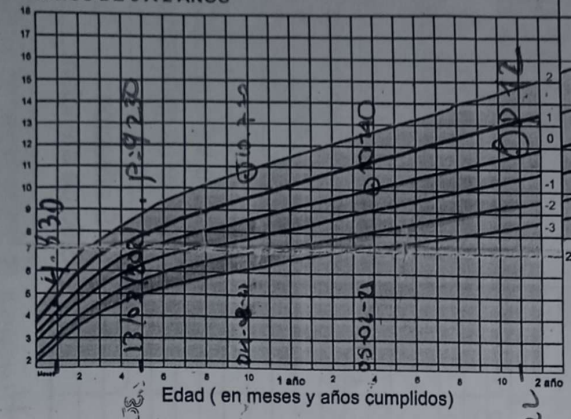
Crecimiento

SU HIJO VA BIEN

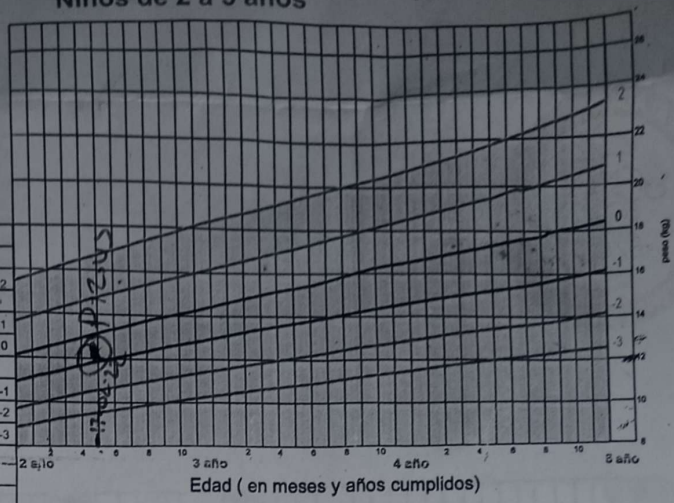
PELIGRO SU HIJO NO PROGRESA

SU HIJO ESTA MAL

PESO PARA LA EDAD
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS

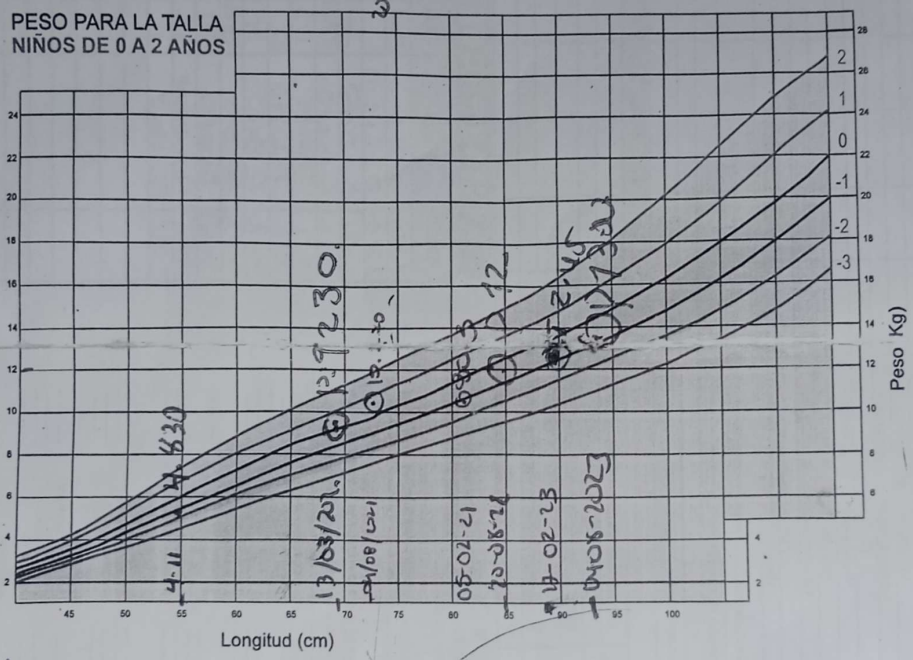


Niños de 2 a 5 años



18-10-24.
P. 15.30
T 102
PC 50.2
PT:51
'B 16.

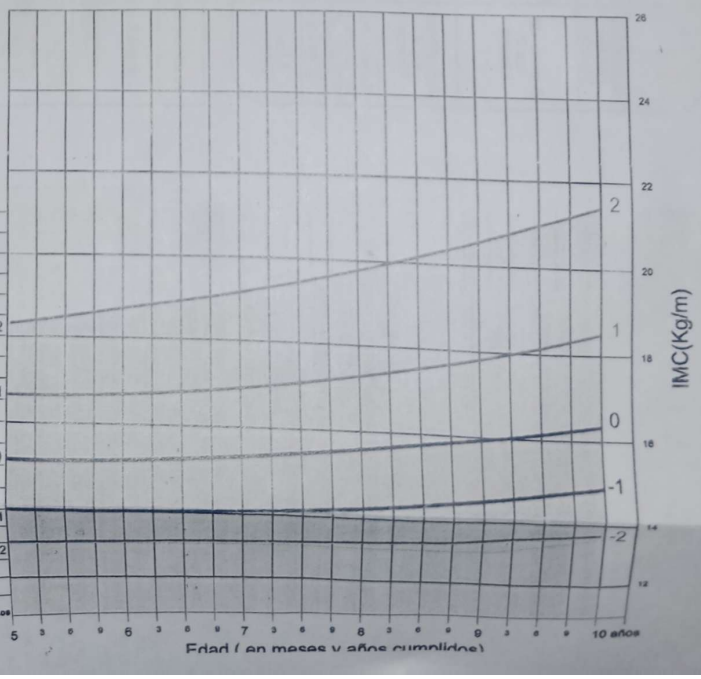
PESO PARA LA TALLA
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS



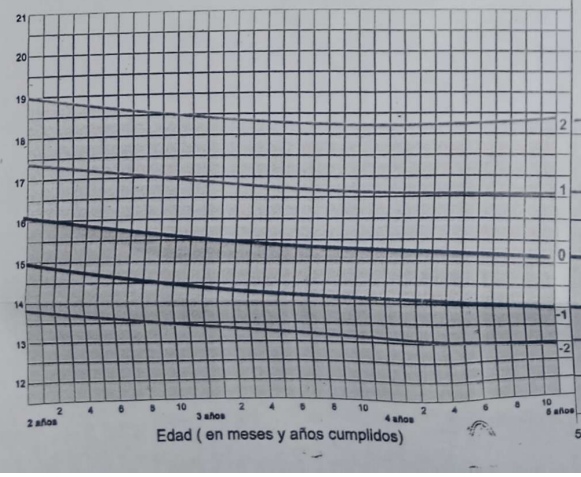
PESO PARA LA TALLA
NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS

27-01-24
P: 14.4
T: 96
PC 49
PT 50

INDICE DE MASA CORPORAL
NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS



INDICE DE MASA CORPORAL
NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS



Powered by CamScanner

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.

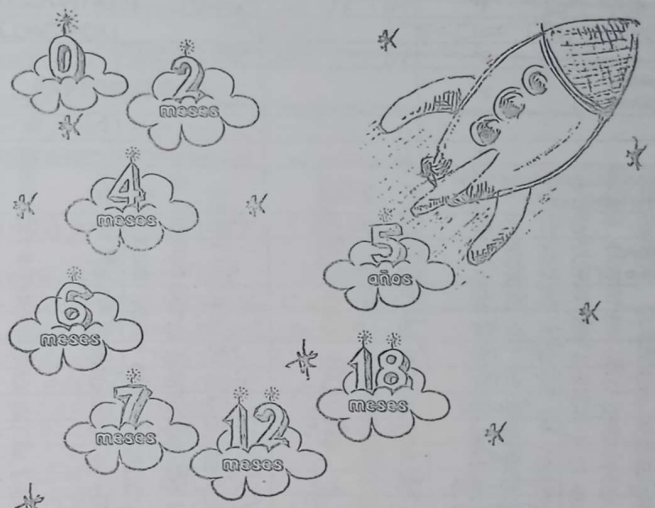
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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
Porque mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

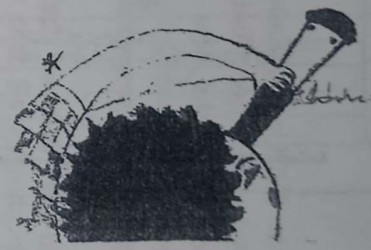
Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Dilan Mathias Astaiza Burbano
Fecha de nacimiento: 14-09-20
Nº de certificado de nacido vivo: 1604744
Registro civil: 1145831970
Sexo: M
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 3545 Gramos -40
Dirección: Vda los Agustinos Bajo
Teléfono: 3153085024 - 3209013269
Responsable: Alegria Balcazar Ortega
Municipio de residencia: La Argentina - Cauca
Departamento: 1045463518

Cita:

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

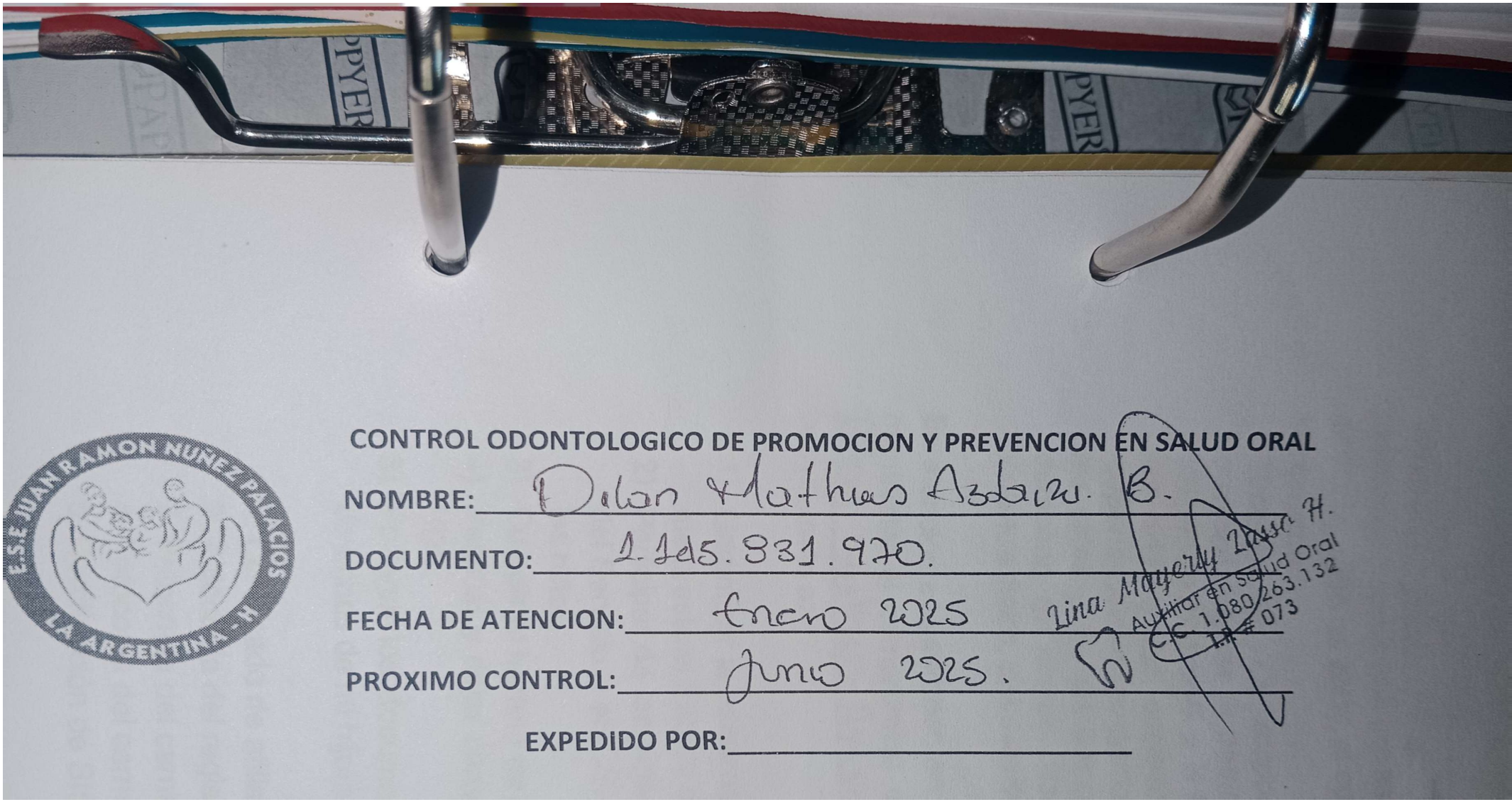
Powered by CamScanner

Nombre: Dilan Mathias Arduz Burbano Registro Civil: 1145631970.

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	15	09	20	Serum	03788258	HOSJ	—	—	—	Neri Vega
	Hepatitis B	Recién nacido	14	09	20	Serum	0329000660	HOSJ	14	11	20	Jefe Vacunando
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Polio (Oral - IM)	1ª	14	11	20	Sanofi P.	P3589 10	E.S.E				Leidy Rebaje
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	14	11	20	Serum	25594032A	Juan Ramón				
	Rotavirus	1ª	14	11	20	Glaxosmith	A2CC428AA	Nuñez Rebaje	14	01	21	Leidy Rebaje
	Neumococo	1ª	14	11	20	Glaxosmith	A2NU2528AA	E.S.E Juan Ram				
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Polio (Oral - IM)	2ª	16	01	21	Sanofipaster	T3D5411V	ESE Juan Ram	16	03	21	Leidy Rebaje
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	16	01	21	Serum	2855C003C	ESE Juan Ram	16	03	21	Leidy Rebaje
	Rotavirus	2ª	16	01	21	Glaxosmith	A2CC428AA	ESE Juan Ram	16	03	21	Leidy Rebaje
	Neumococo	2ª	16	01	21	Glaxosmith	A2NU2528AA	ESE Juan Ram	16	03	21	Leidy Rebaje
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.											
	Polio (Oral - IM)	3ª	16	3	21	Sanofi Pasteur	T3D5411V	E.S.E JCVP	16	3	22	Cristian Vargas
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	16	3	21	Serum	2855C003C	E.S.E JCVP	16	3	22	Cristian Vargas
	Influenza	1ª	04	03	21	Sanofipaster	V3B5211V	ESE Juan Ram	16	03	21	Leidy Rebaje
7 Meses	Influenza	2ª	31	08	2021	Sanofipast	03 B5211V	ESE Juan R.	—	04	04	Leidy Rebaje
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	17	03	21	Serum	0129W23A	ESE Juan Ram	17	04	25	Leidy Rebaje
	Fiebre Amarilla	1ª	10	03	21	Sanofipaster	T3J56	ESE JCVP	—	—	—	Hilera Brow
	Neumococo	Refuerzo	15	03	21	Glaxosmith	A2NU2528AA	ESE Juan Ram	—	—	—	Leidy Rebaje
	Influenza	Anual	17	03	22	Glaxosmith	U502300006	ESE Juan Ram	—	—	—	Leidy Rebaje
	Hepatitis A	ÚNICA	18	03	22	Sanofi P.	T03J21V	ESE Juan Ram	—	—	—	Leidy Rebaje
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	18	03	22	Serum	4410C093	ESE JCVP	—	—	—	Hilera Brow
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	18	03	21	Serum	1801P002	ESE JCVP	14	01	25	Hilera Brow
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo										
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo										
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	05	05	23	Serum	0131X052A	ESE Juan R	17	04	25	Leidy Rebaje
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª										
	VPH	2ª										
	VPH	3ª										
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	1A	15	04	21	Merck	VAC6190	ESE Juan R	14	04	25	Leidy Rebaje
	Sarampión-Rubeola	1A	20	10	21	Serum	0129W235	ESE Juan R	—	—	—	Hilera Brow

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.

Powered by CamScanner



E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
LA ARGENTINA - H.

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE: Dilan Mathias Azdaiz. B.

DOCUMENTO: 1.105.931.970.

FECHA DE ATENCION: enero 2025

PROXIMO CONTROL: Junio 2025.

EXPEDIDO POR:

Zina Mayerly Zarza H.
Auxiliar en Salud Oral
C.C. 1.080.263.132
T.P. # 073

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD Acta de compromiso y corresponsabilidad con padres de familia y/o cuidadores	**NIT. 900027451-0**

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS Los Angelitos, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio Fundación grupo la Libertad.. 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 atención a la primera infancia de mi hijo (a): Dilon Mathias Astoiza Burbao con RC No 1145831970 Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al HCB, 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 UDS, 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) Cumplir el horario de atención establecido en la UDS
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira a mi hijo(a) de la UDS.
5) Entregar los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a) Estos documentos son:

1. Certificado de afiliación a salud.
2. Fotocopia del registro civil del niño.
3. Fotocopia del carné de vacunas actualizado
4. Fotocopia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado
5. Certificación de SISBÉN.

NOTA: En caso de no contar con alguno de los documentos mencionados, informar en la UDS para activar la Ruta Interinstitucional que contribuya a garantizar una atención integral para mi hijo(a).

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	NIT. 900027451-0
	Acta de compromiso y corresponsabilidad con padres de familia y/o cuidadores	

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 y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a), adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
9) Elegir o ser elegido en el comité de control social que se convoquen con el fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para la Modalidad Comunitaria

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 04 del mes Febrero del año 2025, en el Municipio de La Argentina.

Aledys Burbano O.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Yonny Bravo Gonzalez
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

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 Dilan Nathias Astaiza Burbano., identificado (a) con documento de identidad número 1145831970., 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	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Aledys Burbano O, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.080263548, 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	

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_ **CORPORACION PARA EL DESARROLLO DE LAS CIENCIAS, LA INVESTIGACION E INNOVACION** ___, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa _MODALIDAD FAMILIAR_.

Suscriben:

Firma: Aledys Burbano O
Nombre: Aledys Burbano O
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3153085024
Fecha: 03/02/2025
Municipio: La Argentina

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
813010966 - 1

CERTIFICACION MEDICA

Entidad Administradora: **COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD**

Certificado No.: **10000622**
Fecha de Registro: 14-ene-2025
Historia No.: 1145831970

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	DILAN MATHIAS ASTAIZA BURBANO	No.identificación :	RC: 1145831970
Sexo:	M	Edad :	4 Años
Ciudad de residencia:	LA ARGENTINA, HUILA	Estado civil:	MENOR DE EDAD
Dirección residencia:	, LAS AGUILAS	Teléfono:	3153085024

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso : 17.2 Kg Talla : 103 cm

CAMPO VISUAL

Ojo Derecho : Visión normal Ojo Izquierdo : Visión normal

OBSERVACIONES GENERALES

MENOR DE 4 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA DE PARTO POR CESAREA, EN EL MOMENTO CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, AFEBRIL, HIDRATO, ORIENTADO, SIN SEÑALES DE MALTRATO EVIDENTES, ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR PARA LA EDAD, SE REALIZA TAMIZAJE VISUAL CON RESULTADO NORMAL (20/20) EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO, SE REALIZAN PREGUNTAS AL MENOR LAS CUALES RESPONDE ADECUADAMENTE POR LO CUAL SE PUEDE CERTIFICAR QUE PUEDE ESCUCHAR CORRECTAMENTE; MENOR QUE NO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE LE IMPIDAN VIVIR Y RELACIONARSE EN COMUNIDAD, MENOR QUE PUEDE ESTAR EN ENTORNO ESCOLAR BAJO LA SUPERVISION DE UN ADULTO RESPONSABLE.

VARGAS TOVAR DIANA PAOLA
ENFERMERIA
Registro Medico No. 1840
Documento Medico No. CC 1080260003

Paola Vargas Tovar
Enfermera Jefe

Firma del profesional de la salud

Dirección: Calle 7 No. 4-90
Teléfonos: (98) 831-16-07, (98) 831-18-63

Powered by CamScanner