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

HCB MI PEQUEÑO MUNDO

USAURIA: DYLAN MATEO VINASCO ***RC No. 1250698129***



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			

NÚMERO DE PREPARACIÓN 111685432

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

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 32861037-0

63859597

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

NUIP 1250698129

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63859597

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
X						A X P

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

COLOMBIA - HUILA - NEIVA NEIVA-CLINICA MEDILASER S.A.S.

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VINASCO	VARGAS

Nombre(s)

DYLAN MATEO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes DIC Día 12	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - HUILA - NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	22125210237730

Datos de 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

VARGAS REVELO BRIYIDTH ALEXANDRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1024584292	COLOMBIA

Datos de padre o madre (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

VINASCO LASSO ANDRES FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1080265576	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VARGAS REVELO BRIYIDTH ALEXANDRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1024584292	

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 2022 Mes DIC Día 14	NORMA CONSTANZA PERALTA SERRANO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	***Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento***
Briyidth Alexandra Vargas Revelo Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

NÚMERO DE PREPARACIÓN 111685432

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.024.584.292**

VARGAS REVELO

APELLIDOS

BRIYIDTH ALEXANDRA

NOMBRES

Briyidth Alexandra Vargas

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-SEP-1997**

LA ARGENTINA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.47	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-SEP-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00755628-F-1024584292-20151014 0046934897A 1 44329020

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.080.265.576
VINASCO LASSO
APELLIDOS
ANDRES FELIPE
NOMBRES



Andrés Felipe Vinasco
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-DIC-1996
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.84	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-MAR-2015 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1904700-00756956-M-1080265576-20151021 - 0047102490G 2 43245162

Powered by CamScanner

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) DYLAN MATEO VINASCO VARGAS identificado(a) con RC 1250698129 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 02/09/2024

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **SUBSIDIADO-E.S.E. JUAN RAMON NU?EZ PALACIOS**

Categoría: **SISBEN_1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 21 días del mes 1 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Powered by CamScanner

Sisbén

Departamento Nacional de Planeación

Registro Valido

A3

Fecha de consulta: 21/01/2025

Ficha: 41378021503100000055

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres DYLAN MATEO

Apellidos VINASCO VARGAS

Tipo de documento Registro Civil

Número de documento 1250698129

Municipio LA ARGENTINA

Departamento HUILA

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente 29/12/2022

Última actualización ciudadano 04/01/2023

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 AIU
676044191

TENIA NO. F 11048

TOTAL A PAGAR
$ 34.280

FECHA DE VENCIMIENTO 28 NOV 2023

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	ROSA MARIA LASSOS	I.D.	26527563
Dirección	VDA EL MIRADOR FINCA	Ruta	6920840340
Municipio	LA ARGENTINA	Ciclo	070
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tensión	1 SECUNDARIA	Circuito	6515111
Carga Contratada	4	Nodo	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Medidor No.	Lec Actual	Lec Ante.	Factor	Consumo (kwh)
3877864063HN	13810	13716	1	94

Promedio Cuenta 167 Consumo Año Anterior 163 Consumo Anterior 163

ULTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
OCT	94
AGO	102
JUN	98
ABR	91
FEB	119
DIC	167
OCT	163

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU:78 DIU:139.306112HC:0
SC:0 VC:0 VCD:0
VCF:0 CEC:0
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 25/09/2023
Valor $ 23330

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
94.0	865.7542 *	40667
47.0	871.311 *	40952

CONSUMO PERIODO

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

Valor Total Energía del Periodo	$	81.619
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 48.971
Valor Total Energía Facturado	$	32.648

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES		
CONSUMO PERIODO	$	81.619	
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	$	1.632	
SUBSIDIO	$	- 48.971	
OTROS CARGOS	$		0
ALUMBRADO P	$		1.632
...HP ELECTROHUILA	$		32.648

TOTAL A PAGAR
$ 34.280

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

DES: Consumo Kwh $/Kwh Valor $ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 372.0 Tm: 47.0 PRn,m: 76.0 Dn,m: 250.0 Rm: 18.0 Cv,m: 1
20.0 CUv,n,m: 871.311 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

ElectroHuila
NIT. 891.180.001-1

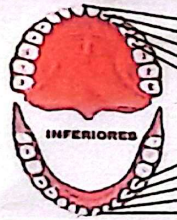
Código de Cuenta : 676044191
Factura de Servicios Públicos No: 79181848
Periodo OCT 2023 Fecha de Vencimiento: 28/NOV/2023
Suspensión a partir de: 30/NOV/2023

Valor Total a Pagar **$ 34.280**

(415)7707274499679(8020)0676044191(3900)00' (96)20231128
Lea el texto frente dejar libre de sellos hasta el frente codigo Lin de esta factura
BMI Version 1.1.1 23061715 Lector 7403

Powered by CamScanner

EDAD DE ERUPCIÓN DE DIENTES TEMPORALES ("DE LECHE")



SUPERIORES	DIENTE	EDAD
	Incisivo Central	
	Incisivo Lateral	
	Canino	
	Primer Molar	
	Segundo Molar	

INFERIORES	DIENTE	EDAD
	Segundo Molar	
	Primer Molar	
	Canino	
	Incisivo Lateral	
	Incisivo Central	

RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

Los primeros dientes deben limpiarlos con un algodón o una gasa humeda cuando los dientes temporales estén completos enseñar al niño la forma correcta de cepillarse los dientes y el uso de seda dental, ayudando hasta cuando puedas hacerlo bien.

Nunca deje dormir al niño con el biberón en la boca porque azúcar líquida la caries dental, además el chupón puede originar de la forma de los maxilares y mal posición de los dientes. Procure no dar dulces o golosinas entre comidas

La primera visita al odontologista debe hacerse antes del primer año

CUIDADOS GENERALES

Bañe al niño todos los días, lave las manos y los dientes, córtele las uñas Péinelo después cuando corresponda NO USE TALCOS NI CHUPOS

No lo de comida para pórgatos. Evite que su niño se acerque a los enfermos. No lo de cuenta para pórgatos Evite que su niño se acerque a los enfermos.

Expresse afecto al niño, álcelo, abrácelo y acarícielo. Permita que el niño juegue y comparta tiempo para jugar con él. Involucre al niño en las actividades de la familia. Hable con el niño y responda con amor a sus intentos de comunicarse y llenar la atención. Permita que el niño se muevа libremente. No castigue, engañe, ni asuste al niño para obligarlo a obedecer

Explíquele al niño las cosas que no debe hacer. No exija que el niño realice tareas que no puede hacer por su edad. Sea siempre sincero con él.

MAMÁ SI MI HIJO ESTÁ ENFERMO, DEBO REVISAR SI PRESENTA LAS SEÑALES DE PELIGRO QUE ME DIBUJAN A LLEVARLO AL SERVICIO DE URGENCIAS O VALORACIÓN INMEDIATA POR MÉDICO

- Ni hijo no puede beber ni tomar el pecho.
- Vomita todo lo que come
- Ha tenido convulsiones o ataques.
- Está letárgico (Muy Dormido) o inconsciente (sin sentido)
- La orina es pocha o respira con dificultad.
- Respira más de 60 veces por minuto
- Presenta depresiones (hermeso o líquidos
- Presenta fiebre alta mayor a 39° o líquidos.
- Presenta Fiebre más de 3 días

EDAD	TIPO DE VACUNA		1 DOSIS UNICA	2da DOSIS		3ra DOSIS		A los 12 meses de edad	
			Fecha	Fecha		Fecha		Fecha	
			Vacuna	Día	Vacuna	Día	Vacuna	Día	Vacuna
Recién Nacido		Anti Tuberculosa - BCG							
		Hepatitis B (Recién Nacido)							
A partir de los 2 Meses	PENTAVALENTE	Difteria - Tos ferina - Tetanos (DPT)							
		Haemophilus influenza - TIPO b							
		Hepatitis B							
		Vacuna oral de polio - VOP							
A partir de los 4 Meses		Vacuna contra el rotavirus							
		Vacuna contra el neumococo							
		PENTAVALENTE*							
A partir de los 6 Meses		Vacuna contra polio - VOP							
		Vacuna oral de rotavirus							
		Vacuna contra el neumococo							
		PENTAVALENTE*							
De 9 Meses a 23 meses		Vacuna oral de polio - VOP							
A Los 12 meses	Vacuna de influenza (De 6 meses a 23 meses)								
	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)								
	Fiebre Amarilla (FA)								
	Vacuna contra el neumococo								

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

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, mezcla todo el contenido de un sobre de suero oral.

si el niño NO ESTA DESHIDRATADO dale con cucharita y poco a poco varias veces seguidas, después de cada deposición.

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

EDAD		EDAD
Al NACER		A LOS 9 MESES
Apego inmediato piel a piel		Completar esquema de vacunación
Lactancia materna en la primera hora de vida		Iniciar alimentación complementaria
Tamizaje neonatal		Continuar lactancia materna
Vacunación		Suplementación con micronutrientes
Egreso oportuno con su madre		Desparasitación
A LOS 2 MESES		A LOS 12 MESES
Vacunación		Control de crecimiento y desarrollo
Control de crecimiento y desarrollo		Valoración visual
Valoración visual		Valoración auditiva
Valoración auditiva		Vacunación
Tamizaje metabólico ampliado		Suplementación con micronutrientes
Tamizaje de hipotiroidismo congénito		Desparasitación
Para prevenir caries dental		A LOS 18 MESES
A LOS 4 MESES		Control de crecimiento y desarrollo
Vacunación		Valoración visual
Control de crecimiento y desarrollo		Valoración auditiva
Valoración visual		Vacunación
Valoración auditiva		Suplementación con micronutrientes
Para prevenir caries dental		Desparasitación
A LOS 6 MESES		A LOS 24 MESES
Vacunación		Control de crecimiento y desarrollo
Control de crecimiento y desarrollo		Valoración visual
Valoración visual		Valoración auditiva
Valoración auditiva		Vacunación
Para prevenir caries dental		Suplementación con micronutrientes
A LOS 7 MESES		Desparasitación
Vacunación		A LOS 36 MESES
Control de crecimiento y desarrollo		Control de crecimiento y desarrollo
Valoración visual		Valoración visual
Valoración auditiva		Valoración auditiva
Para prevenir caries dental		Vacunación
A LOS 8 MESES		Suplementación con micronutrientes
Vacunación		Desparasitación
Control de crecimiento y desarrollo		A LOS 48 MESES
Valoración visual		Control de crecimiento y desarrollo
Valoración auditiva		Valoración visual
Para prevenir caries dental		Valoración auditiva
		Vacunación
		Suplementación con micronutrientes
		Desparasitación
		A LOS 60 MESES
		Control de crecimiento y desarrollo
		Valoración visual
		Valoración auditiva
		Vacunación
		Suplementación con micronutrientes
		Desparasitación

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIÓ SI / NO
2023	Marzo	01	900	
2023	Abril	24	900	
2023	Agosto	24	900	
2023	Noviembre	24	900	
2024	Febrero	10	900	
2024	Abril	17	900	
2024	Agosto	16	900	
2024	Noviembre	26	900	
2025	Enero	10	900	
2025	Marzo	10	900	
2025	Julio	11	2pm	
2026	Febrero	1	8AM	

Nuestro Compromiso / la Humanización del Servicio!

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
NIT 813.010.966-1 Tel 8311607
Código del Prestador 41376003821
La Argentina - Huila



CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

Nombre: Dylan Mateo Vargas Vargas
Fecha de nacimiento: 1-12-2022
Registro Civil: 12504 00129
Teléfono: 317 [illegible]
Dirección: Vargas
Barrio o Vereda: Vereda
Nombre Responsable del Niño: Alberto Vargas
EPS afiliación: Coosalud
Sitio de atención: ESE Hosp.

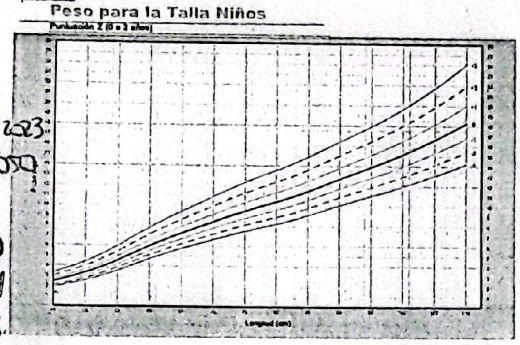
ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS AGENTES DE SE LO RECOMIENDE

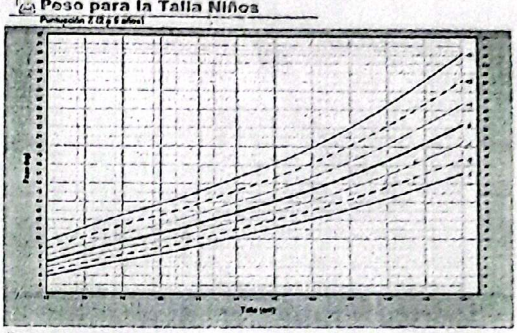
- 36 semanas
- 2315 gl
- 01

Powered by CamScanner

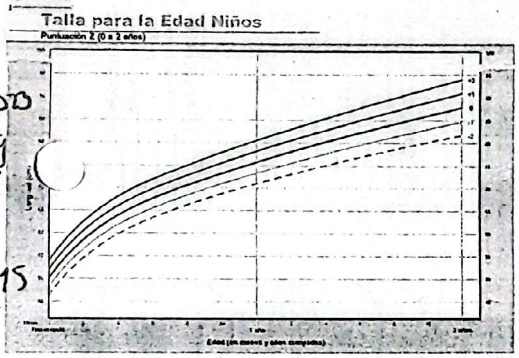
INTERPRETACIÓN DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

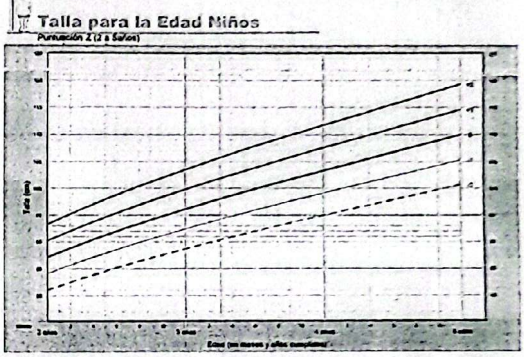
17-03-2023
P 5.000
152
C40
T41
b 13.



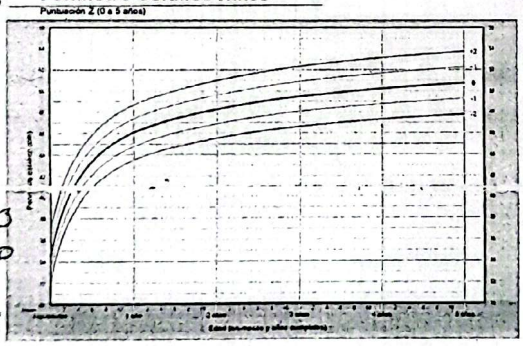


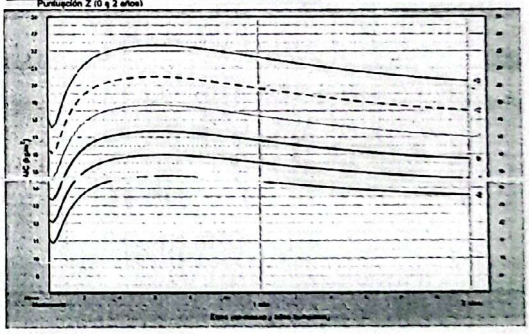
21-04-23
P 5,19
T 58
PC 41
P 1415
513





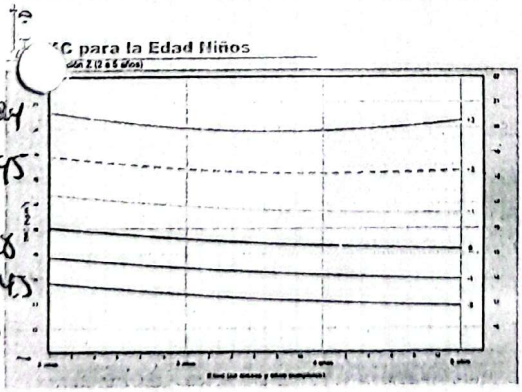
6-08-23
7.225
65.5
: 44
f 43
13

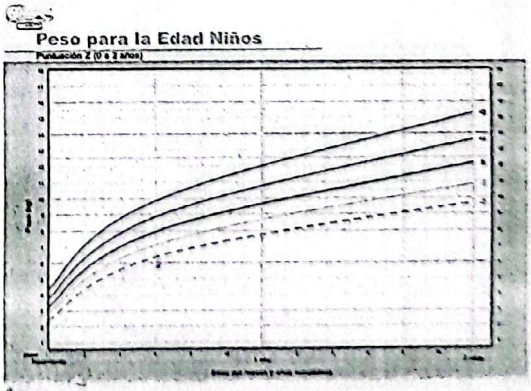




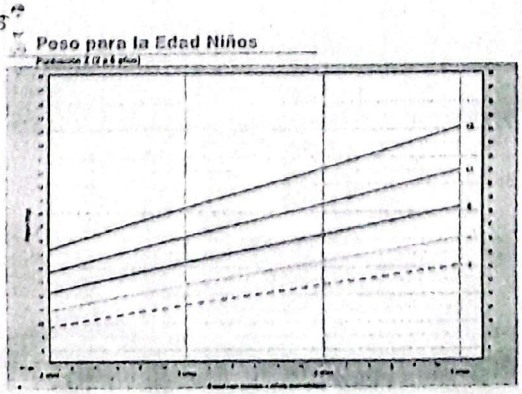
0/11/2023
28130
T 67
2C 455
P 143
014

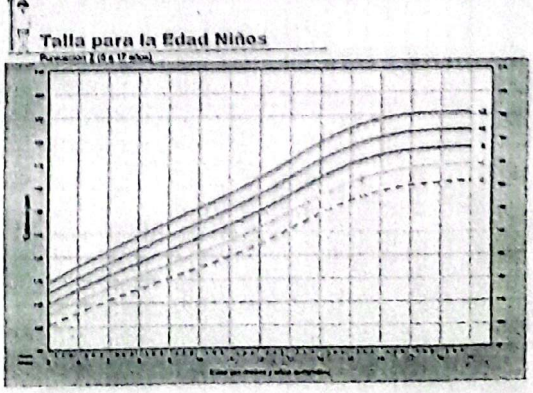
7/01/2024
P 8045
T 73
2C 458
P 1445
613





DIAS
18.01.23
=10,6
=81
=47
T=47
5=B15





DISEÑO E IMPRESIÓN ANDRES PUBLIK SAS TEL 311 215-7663

Powered by CamScanner

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO									
Resultado 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

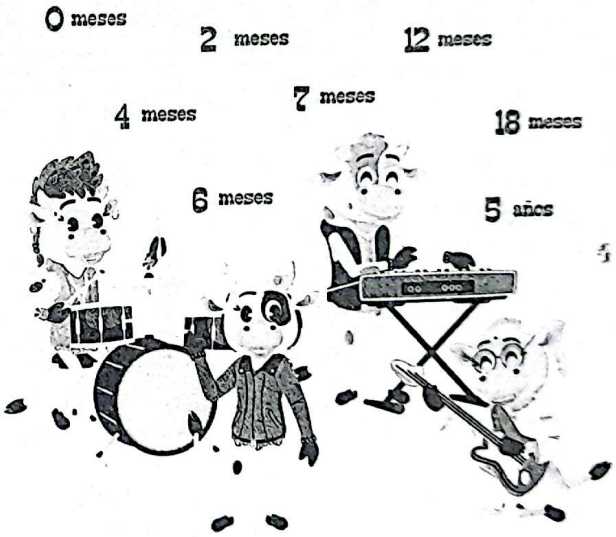
3 años					
4 años					
5 años					

*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)

Cita:

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Dylan Mateo Urrea Vera
Fecha de nacimiento: 12 Diembre 2022
Nº de certificado de nacido vivo: 2225210237[illegible]
Registro civil: 1230[illegible]
Sexo: Hombre
Grupo sanguíneo: O+ Coosalud
Peso al nacer: 2375 Talla: 45
Dirección: Kr 51 # 37 41
Teléfono 1: 3102153412
Teléfono 2: 3157968883
Responsable: Brigitth Alexandra Varela Perez
Municipio de residencia: Neiva Huila
Departamento:
cc 1024153412 92
Coosalud

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Sonia

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Dylan Mateo Urrutia. Tipo identificación: No. ID: 1725069829

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	12	12	2022	Serum	037 1M 0056	Hospital				Jeyma
	Hepatitis B	Recién nacido	12	12	2022	Serum	032 1Q 1805	Hospital				Jeyma
2 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1°	16	02	23	BiHeun Bird	22 C C 1 2 A — —	ESE Juan Ramón	16	04	23	Leidy Rebayo
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1°	16	02	23	Serum	2 B S A X C 2 1 E —	ESE Juan Ramón	16	04	23	Leidy Rebayo
	Hepatitis B	1°	16	02	23	Serum	2 B S A X C 2 1 E —	ESE Juan Ramón	16	04	23	Leidy Rebayo
	Difteria, tosferina y tétanos (DPT)	1°	16	02	23	Serum	2 B S A X C 2 1 E —	ESE Juan Ramón	16	04	23	Leidy Rebayo
	Diarrea por rotavirus	1°	16	02	23	Elckos.mith.	A R C L D C 9 1 A A	ESE Juan Ramón	16	04	23	Leidy Rebayo
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1°	16	02	23	Pfizer	F Z A B 9 5 — — —	ESE Juan Ramón	16	04	23	Leidy Rebayo
4 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2°	21	04	23	Bithaun	2 2 0 6 0 1 2 A — —	E. S E.	21	06	23	Leidy Rebayo
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2°	21	04	23	Serum	2 B S 1 X 0 4 0 C —	Juan Ramón	21	06	23	Leidy Rebayo
	Hepatitis B	2°	21	04	23	Serum	2 B S 1 X 0 4 0 C —	Ramón N.	21	06	23	Leidy Rebayo
	Difteria, tosferina y tétanos (DPT)	2°	21	04	23	Serum	2 B S 1 X 0 4 0 C —	Ramón N.	21	06	23	Leidy Rebayo
	Diarrea por rotavirus	2°	21	04	23	Elckosmith	A R O L D C 9 1 A A	Ramón N.	—	—	—	
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2°	21	04	23	Pfizer	F Y 9 9 2 5 — — — —	Ramón N.	12	12	24	Leidy Rebayo
6 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3°	22	06	23	Bithaun Bird	2 2 C C C 1 2 A — —	ESE Juan Ramón	—	—	—	Leidy Rebayo
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3°	22	06	23	Serum	2 B S A X 0 4 0 D —	ESE Juan Ramón	—	—	—	Leidy Rebayo
	Hepatitis B	3°	22	06	23	Serum	2 B S A X 0 4 0 D —	ESE Juan Ramón	—	—	—	Leidy Rebayo
	Difteria, tosferina y tétanos (DPT)	3°	22	06	23	Serum	2 B S A X 0 4 0 D —	ESE Juan Ramón	—	—	—	Leidy Rebayo
	Influenza estacional	1°	29	06	23	Biopharma	V S 0 5 2 3 0 0 4 —	ESE Juan Ramón	29	07	24	Leidy Rebayo
7 meses	Influenza estacional	2°	28	07	23	Biopharma	V S 0 5 2 3 0 0 4 —	ESE Juan Ramón	28	06	24	Leidy Rebayo
12 meses	Sarampión, rubeola y parotiditis (SPR)	1°	19	12	23	Serum	C A 3 2 N 0 7 2 B —	ESE Juan Ramón	—	—	—	Leidy Rebayo
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	19	12	23	Pfizer	F 4 9 4 2 5 — — —	ESE Juan Ramón	—	—	—	Leidy Rebayo
	Varicela	2°	19	12	23	Merck Sharp	X 0 0 6 5 3 7 — —	ESE Juan Ramón	—	—	—	Leidy Rebayo
	Hepatitis A	Única	19	12	23	Merck Sharp	U 0 3 3 2 6 6 — —	ESE Juan Ramón	—	—	—	Leidy Rebayo
	Influenza estacional	Anual	20	06	24	Biohaun	2 A 0 0 9 7 9 — 0 0	ESE Juan Ramón	—	—	—	Leidy Rebayo
18 meses	Poliomielitis (VIP) ☐ VOP) ☐	1° refuerzo	20	06	24	Bithaun Bird	2 2 3 4 0 C 3 A — —	ESE Juan Ramón	—	—	—	Leidy Rebayo
	Difteria, tosferina y [illegible] (DPT)	1° refuerzo	20	06	24	Serum	2 B S 2 X C 1 E C —	ESE Juan Ramón	—	—	—	Leidy Rebayo
	Fiebre amarilla	Única	25	06	24	Sanofi Pasteur	U 3 F A 3 1 U — — —	ESE Juan Ramón	—	—	—	
5 años	Poliomielitis (VIP) ☐ VOP) ☐	2° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétanos (DPT)	2° refuerzo										
	Sarampión, rubeola y parotiditis (SPR)	2°	20	06	24	Serum	C A 3 3 N 0 0 4 A —	ESE Juan Ramón	—	—	—	Leidy Rebayo
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1°										
		2°										
		3°										
Vacunas complementarias y otras dosis												

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños y las niñas durante los primeros 6 meses de vida, a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Powered by CamScanner

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE:	DOCUMENTO:
Dylan Mateo. Vinasco Vaga.	1250698129.
CONTROL DE PLACA FECHA DE ATENCIÓN: 26 Agosto	PROXIMA FECHA: 25 febrero 2026

EXPEDIDO POR: Kary.

GRUPO LIBERTAD	**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 mi pequeño mundo, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio fundación grupo 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): DYLAN MATEO VINASCO VARGAS con RC No 1250698129 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

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 01 del mes Febrero del año 2025, en el Municipio de La Argentina Huila.

Brigidth Alexandra Vargas Revelo.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Derly Criollo
MADRE COMUNITARIA

Cualquier copia impresa de este documento se...
...TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES...

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

Ciudad La Argentina

Nombre completo de la niña o niño Dylan Mateo Vinasco Vargos.

Fecha de nacimiento 12/12/22 N° Documento de Identidad 1250698129

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ Fecha de 1er día de atención en el año 3-02-21

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Derly Criollo

Fecha de registro cualitativo 21-04-25.

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

Su desarrollo esta acorde a su edad, se encuentra en esperado de acuerdo al itm del desarrollo se continuara fortalcando habilidades.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Derly Criollo

Fecha de registro cualitativo 28-07-25

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

Su desarrollo esta acorde a su edad, se encuentra. En esperado. se continua fortaleciendo su lenguaje.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Derly Criollo.

Fecha de resgistro cualitativo 27-10-25.

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 ○

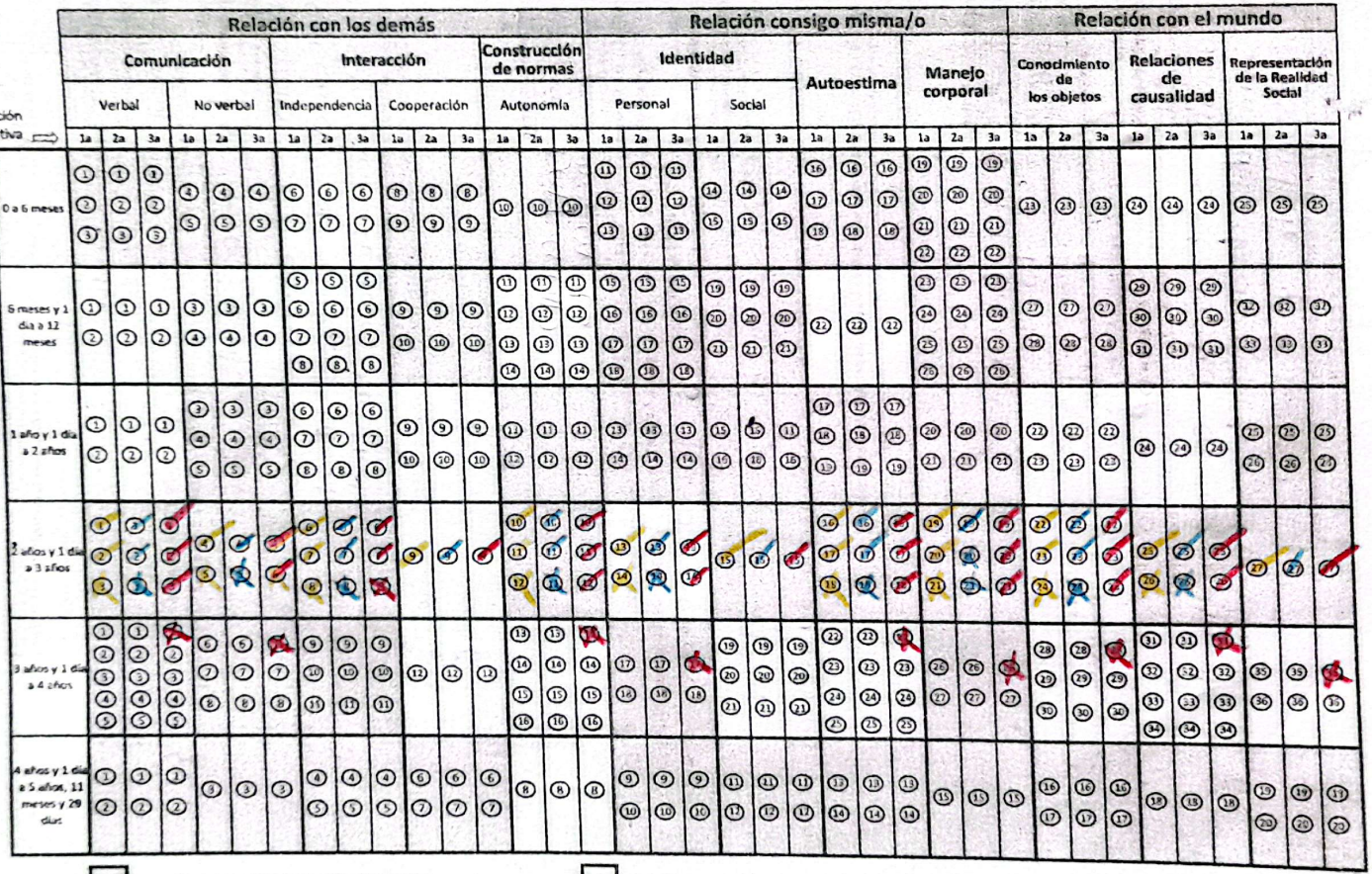
Color de registro valoración cualitativa

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Su desarro se encuentro en esperado de acuerdo al itm del desarrollo, se continuara fortaleciendo sus habilidades y destrezas.

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


Relación con los demás
Comunicación
Verbal
No verbal
Interacción
Independencia
Cooperación
Construcción de normas
Autonomía
Relación consigo misma/o
Identidad
Personal
Social
Autoestima
Manejo corporal
Relación con el mundo
Conocimiento de los objetos
Relaciones de causalidad
Representación de la Realidad Social
Valoración Cualitativa
1a 2a 3a
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
= Procesos y subprocesos fundamentales
= Procesos y subprocesos no fundamentales

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 Dylan Mateo Vinasco Vargas, identificado (a) con documento de identidad número 1250478129, 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, Brayidth Alexandra Vargas Revelo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1024584292, 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_ **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: Brayidth Alexandra Vargas Revelo
Nombre: Brayidth Alexandra Vargas Revelo
Calidad - Titular: madre Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3178844585
Fecha: 1 FEBRERO 2025
Municipio: LA ARGENTINA HUILA

Powered by CamScanner

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES

PROTEGEMOS TUS PASOS



Línea de Atención:

#899 desde celular

Bogotá: 327 4712 / 327 4713
Nacional: 01 8000 111 935

seguros mundial®

Nº Póliza: 2000503802

Tomador: FUNDACION GRUPO LIBERTAD

Nombre de Asegurado: DYLAN MATEO VINASCO VARGAS

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1250698129	2025/02/01	2026/02/01

Muerte Accidental $10.000.000,00

Gastos Médicos $9.000.000,00

COBERTURAS:

- Muerte Accidental
- Gastos Médicos

*En caso de accidente o para consultar términos y condiciones, comunicarse a nuestras líneas de atención

seguros mundial®

#899 desde celular

BOGOTÁ 3274712 /3274713

NACIONAL 01 8000 111 935