

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	11/07/2024
	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 Miguel Angel Yucuma Mazabel, identificado (a) con documento de identidad número 1084902040, 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, Erleida Patricia Mazabel claros, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1084866974, 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 CORHUELLAS, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa HCB los mariantos comunitario

Suscriben:

Firma: Erleida Patricia Mazabel claros 1084866974
Nombre: Erleida Patricia Mazabel claros
Calidad - Titular: Madre Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3124569663
Fecha: 03-02-2025
Municipio: OPORAPA

CLASIFICADA

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.084.902.040

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59233680

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L Z B

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

REGISTRADURIA DE OPORAPA - COLOMBIA - HUILA - OPORAPA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
YUCUMA	MAZABEL

Nombre(s)

MIGUEL ANGEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes MAY Día 09	MASCULINO	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	15724857-1

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

MAZABEL CLAROS ERLEIDA PATRICIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.084.866.974	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

YUCUMA CAMACHO DIEGO OMAR

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.084.866.637	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

YUCUMA CAMACHO DIEGO OMAR

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.084.866.637	Diego omar yucuma

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 JUN Día 11	LIDA YANETH LEON ROJAS - REGISTRA Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

11 JUN 2020 - NO SE TOMAN HUELLAS POR COVID-19

ES COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA OFICINA

SE EXPIDE PARA DEMOSTRAR PARENTESCO
ART 115 DEC. 1260/70 Y ART. 10 DEC. 278/72

TOMO____ FOLIO____ SERIAL 59233680

SE EXPIDE SIN SELLO ART. 11 DEC. 2150/95

OPORAPA HUILA FECHA 11 JUN 2020

LIDA YANETH LEON ROJAS
Registradora Municipal

Adhesivo Copia Registro Civil 26857335-8

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 30/01/2025

Ficha: 41503006520700000132

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MIGUEL ANGEL

Apellidos: YUCUMA MAZABEL

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1084902040

Municipio: Oporapa

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/08/2019

Última actualización ciudadano: 30/06/2020

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: JHON JANIER SCARPETTA CALDERON

Dirección: Calle 5 No 6 - 79

Teléfono: 311847898

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

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	1084902040
NOMBRES	MIGUEL ANGEL
APELLIDOS	YUCUMA MAZABEL
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	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/30/2025 17:39:43	**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

SU CODIGO CUENTA NIU

318903210

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

AUTORETENEDORES DE RENTA RESOL. No 547/2002
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART. 4
RESOL . 000055 DEL 14/07/16 DIAN GOMOB GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 30/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

FACTURA DE VENTA No. 81512680

TOTAL A PAGAR

$ 43.850

Documento equivalente según
artículo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 21/MAY/2024

FECHAS DE LECTURA: 07-MAR-2024
FECHA SUSPENSIÓN: 06-MAY-2024
29-MAY-2024

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	SILVIO MAZABEL SCARPETTA	Nit CC	83028533
Dirección	VDA EL CARMEN	Ruta	25030511130
Municipio	OPORAPA	Ciclo	064
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	8680039
Carga Contratada	144	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
6677438288HN		A	S	00	4882	4773	1	109

Promedio Cuenta 25 Consumo Año Anterior 105 Consumo Anterior 105

ÚLTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
ABR	109
FEB	107
DIC	0
OCT	0
AGO	75
JUN	140
ABR	105

CALIDAD DEL SERVICIO

FIU:13 DIU:29.846928HC:0
EC:0 VC:0 VCD:0
VCF:0 CEC:0
Valor Compensar

ULTIMO PAGO

Fecha 11/03/2024
Valor $ 29630

LIQUIDACIÓN

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
54.5	968.1893 =	52766
54.5	983.4955 =	53601

CONSUMO PERIODO

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

Valor Total Energía del Periodo	$	106.367
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 63.820
Valor Total Energía Facturado	$	42.547

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES
CONSUMO PERIODO	$ 106.367
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	1.300
AJUSTE DECENA	3
SUBSIDIO	$ - 63.820

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
Nit:891.180.001-1

OTROS CARGOS	$	0
ALUMBRADO P	$	1.300
VALOR ELECTROHUILA	$	42.550

TOTAL A PAGAR

$ 43.850

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN	CUOTA

FOES: Consumo Kwh	$Kwh	Valor $	No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 379.0 Tm: 57.0 PRn,m: 0.0 Dn,m: 268.0 Rm: 7.0 Cv,m: 193 .0 CUv,n,m: 983.4955 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.084.866.837

YUCUMA CAMACHO
APELLIDOS

DIEGO OMAR
NOMBRES

Diego Omar Yucuma C.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-FEB-1987
TERUEL
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA | O- G.S. RH | M SEXO

16-DIC-2005 IQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1904600-50146191-M-1084866837-20060302 04745 06060A 02 194380841

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.084.866.974**

MAZABEL CLAROS

APELLIDOS

ERLEIDA PATRICIA

NOMBRES

Erleida Patricia Mazabel Claros

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **13-DIC-1988**

SALADOBLANCO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-FEB-2007 IQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1906100-01330751-F-1084866974-20221124 0091179667A 2 8505523673

Powered by CamScanner

QUIEN SOY

Nombres y Apellidos: MIGUEL ANGEL YUCUMÁ MAZABEL

Fecha de Nacimiento: 09 Día ____ mes 05 año 2020

Identificación: 1084902040 T. Sangre: O Positivo

Nombre de mi Mamá: Erleida Patricia Ocupación: Ama de casa

Nombre de mi Papá: Diego omar Ocupación: agricultor

Dirección: El carmen Tel o Cel.: 3504353823

DATOS PERSONALES DE REGISTRO DE CRECIMIENTO

Información de Nacimiento:

Fecha de Nacimiento: DD_____ MM_____ AA _____

Recién Nacido: Pretermino_____ Atermino _____ Edad Gestional _____

Embarzo: Único____ Múltiple____ No. de Gestaciones _____

Lugar que ocupa entre los hermanos_____

Peso 3900 Grs Talla 49 cms Perímetro Cefálico _____cms

Tiene Hermano Menor: Si____ No_____ Fecha de Nacimiento _____

Alimentación:

Edad introducción de alimentos diferentes a la leche materna _____

Edad en que suspende la lactancia materna Semanas _____ Meses_____



Powered by CamScanner

QUIEN SOY

Nombres y Apellidos: MIGUEL ANGEL YUCUMÁ MAZABEL

Fecha de Nacimiento: 09 Día ____ mes 05 año 2020

Identificación: 1084902040 T. Sangre: O Positivo

Nombre de mi Mamá: Erleida Patricia Ocupación: Ama de casa

Nombre de mi Papá: Diego omar Ocupación: agricultor

Dirección: El carmen Tel o Cel.: 3504353823

DATOS PERSONALES DE REGISTRO DE CRECIMIENTO

Información de Nacimiento:

Fecha de Nacimiento: DD_____ MM_____ AA_____

Recién Nacido: Pretermino_____ Atermino_____ Edad Gestional_____

Embarzo: Único____ Múltiple____ No. de Gestaciones _____

Lugar que ocupa entre los hermanos_____

Peso 3900 Grs Talla 49 cms Perímetro Cefálico _____cms

Tiene Hermano Menor: Si____ No____ Fecha de Nacimiento _____

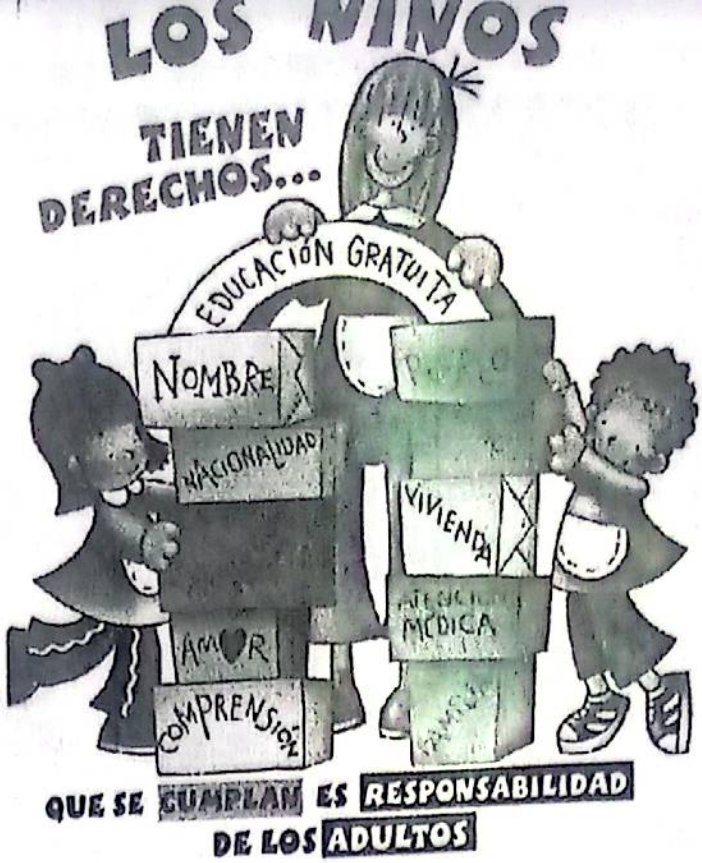
Alimentación:

Edad introducción de alimentos diferentes a la leche materna _____

Edad en que suspende la lactancia materna Semanas _____ Meses_____



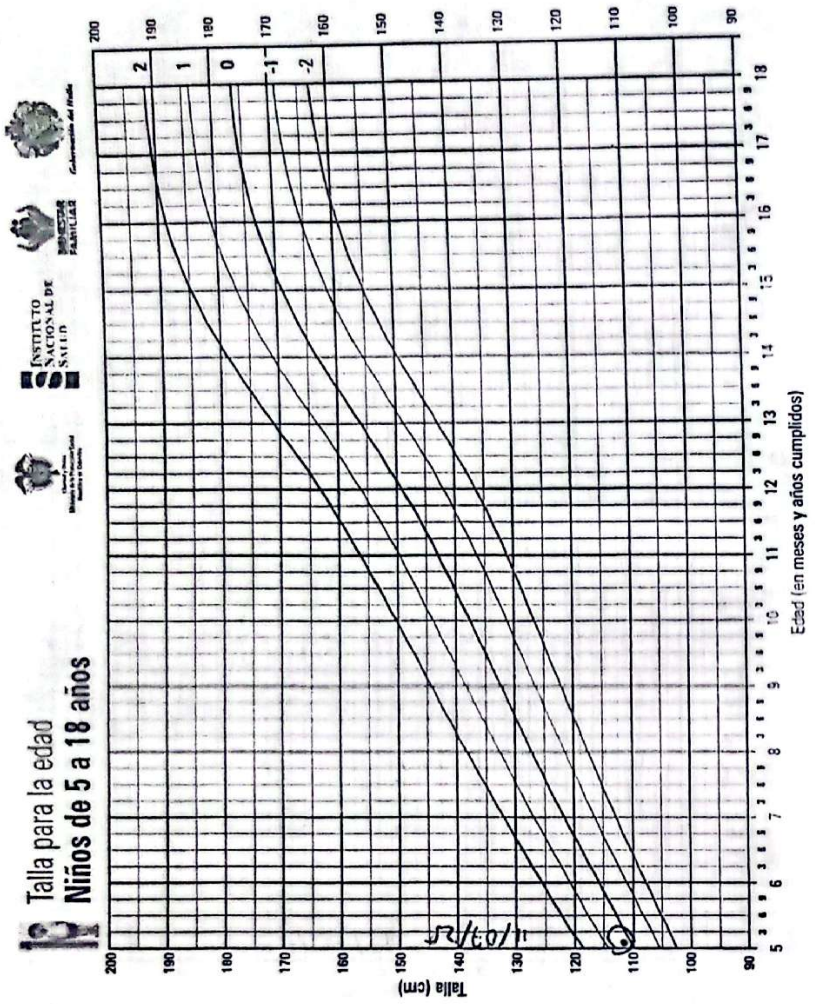
Powered by CamScanner



CITAS PROGRAMADAS

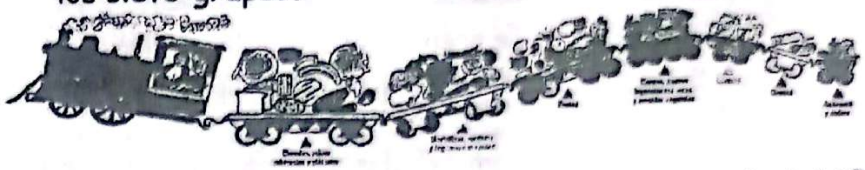
AÑO	MES	DIA	HORA	Cumplio	
				SI	NO
2020	JUNIO.	25		MD.	
2020	Agosto.	11	9:30.	ENF.	
2020	octubre	15	10:00	md	
2021	Abril	07.	8:40		
2021	Julio	md			
2021	Diciembre.	11.	10:30	enfermeria.	
2022	Julio	18	12	MED.	
2024	julio	24	ca		
2025	Mayo		MD		

Powered by CamScanner



ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

1. Para el mejor comienzo de la vida alimente a su hijo solo con leche materna hasta los seis meses y continúe amamantandolo hasta los 2 años.
2. Complemente la lactancia materna a partir de los seis meses, dando a el niño en forma progresiva alimentos de los **siete grupos.**



3. Introducir los alimentos complementarios a partir del 6° mes de edad y continuar con la LACTANCIA MATERNA
4. Continuar con la LACTANCIA MATERNA frecuente y a libre demanda hasta los dos años de edad.

ASPECTOS NUTRICIONALES DE LA LECHE MATERNA

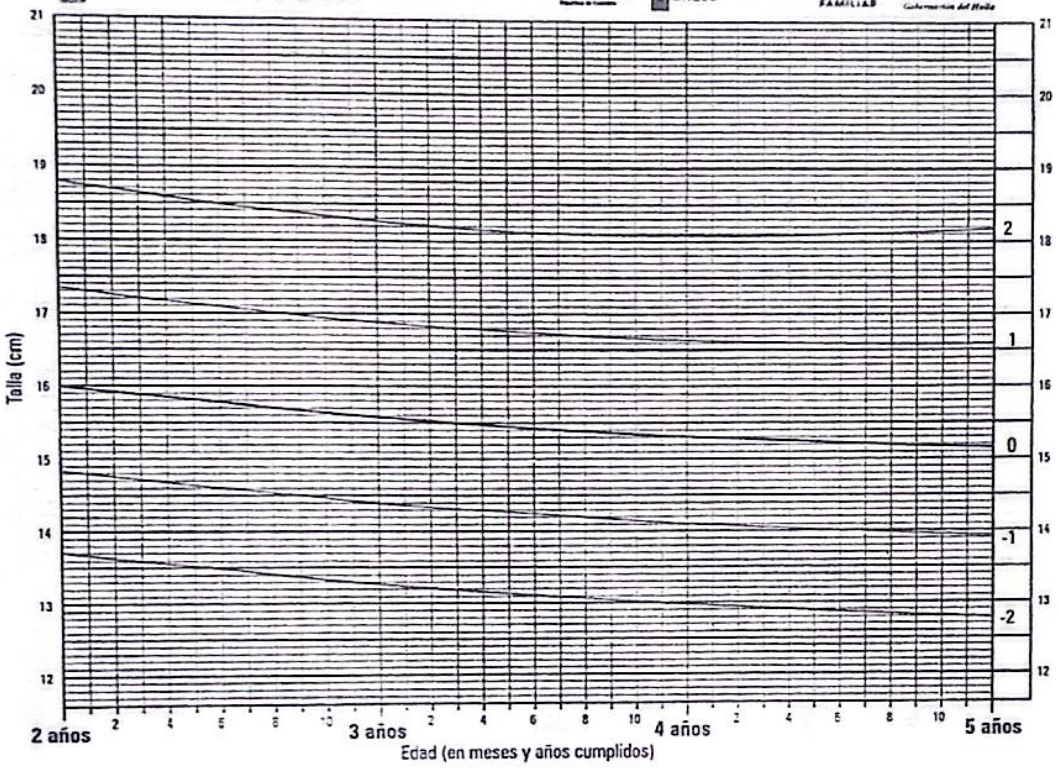
Hasta 6 meses	Hasta 1 año	Hasta destete natural (2 años y MAS)
Aporta todas las calorías, agua y nutrientes	Aporte entre 1/2 y 2/3 de necesidades energética y nutricionales	Aporta nutrientes de buena calidad
ÚNICO ALIMENTO	ALIMENTO BÁSICO	ALIMENTO COMPLEMENTARIO

COMO INICIAR ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

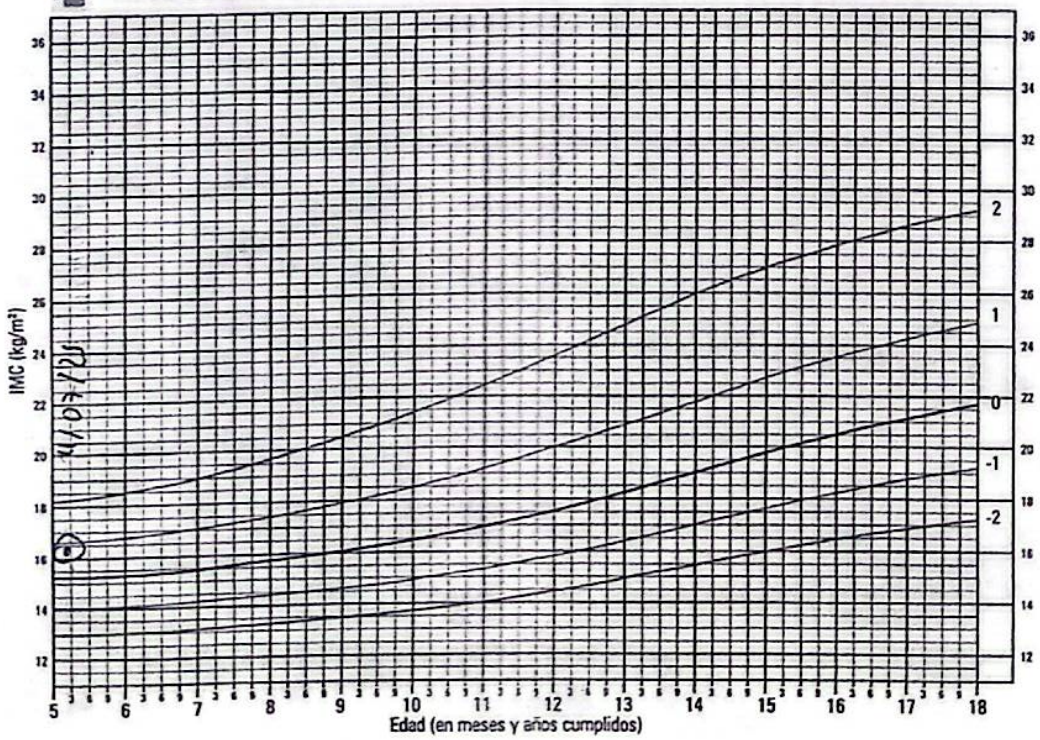
- Tener buena actitud.
- Alimentar a los lactantes directamente.
- Alimentar despacio, pacientemente y animarlos a comer sin forzarlos.
- Darle un solo alimento cada vez, durante una semana.
- Introducir un nuevo alimento en circunstancia favorables.
- Ofrecer pequeñas porciones e ir aumentando.

Powered by CamScanner

Índice de masa corporal
Niños de 2 a 5 años



Índice de masa corporal
Niños de 5 a 18 años



Powered by CamScanner

ECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
IÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

cer | Fecha:

MER CONTROL MÉDICO

de vida | Fecha:

MIENTO POR ENFERMERÍA

a de cita ramada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió

recibir suplementos con Hierro y Vitamina los 6 meses hasta los 5 años de edad, de la estrategia **AIEPI**.

cha	Edad	Fecha
	42 meses	
	48 meses	
	54 meses	
	60 meses	
	66 meses	

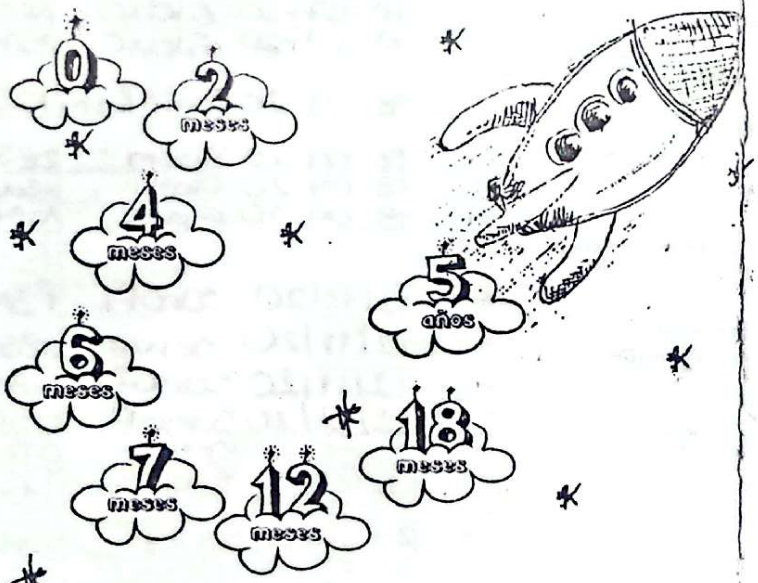
debe realizar toma de TSH al momento le hipotiroidismo.

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 no vale hoy que protegerla hoy

de cero a Siempre

MinSalud

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Miguel Angel Yuama M.
Fecha de nacimiento: 9 Mayo 2020
Nº de certificado de nacido vivo: 15524857-1
Registro civil: 1084902040
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 2.870 gramos
Dirección: U. El Carmen
Teléfono: 3504353823
Responsable: Erleida Patricia Mazabel
Municipio de residencia: Apartadó
Departamento: (Ant)

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Powered by CamScanner

Registro Civil: _____

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
Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
Tuberculosis B.C.G.	Única	9-5-2020	Serum	03180089	IH San Ant	- - -	Diana Quiroga
Hepatitis B	Recién nacido	9-5-2020	Serum	03BX0270	IH San Ant	9 7 20	Diana Quiroga
Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
Polio (Oral - IM)	1ª	10-07-20.	Bilthoven	18100014	ESE DMM		YANINE MOLINA TRUJILLO.
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	10-07-20.	Serum.	2859Y026F	ESE DMM		
Rotavirus	1ª	10-07-20.	Glaxo.	AROLC2638B	ESE DMM		
Neumococo	1ª	10-07-20.	Glaxo.	ASPNB243AA	ESE DMM		
Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
Polio (Oral - IM)	2ª	18-09-20	Sanofi Pasteur	P3W461V	ESE DMM		
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	18-09-20	Serum "	2859X025F			
Rotavirus	2ª	18-09-20	Glaxo	1ROLC2638B			
Neumococo	2ª	18-09-20.	Glaxo.	ASPNB292CA			
Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
Polio (Oral - IM)	3ª	12/11/20	Sanofi	P3W46-V	ESE DMM	Nov 20.	
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	12/11/20	Serum.	2859X025F	ESE DMM		Aux. de Enfermería Resol. 1934 del 2014
Influenza	1ª	12/11/20	Sanofi	U3B58	ESE DMM		
Influenza	2ª	12/12/20	Sanofi	U3B58.	ESE DMM		Magda Tyllo Tyllo.
Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	22-05-21	Serum	A80N043	ESE DMM		Selena 6
Fiebre Amarilla	1ª	12/12/21	Sanofi Pasteur	T355	ESE DMM	12 NOV 21	Fenia Antuna
Neumococo	Refuerzo	22-05-21	Glaxo	ASPN1888B	ESE DMM		Selena 6
Influenza	Anual	23-09-21	Sanofi	U3BBMV	ESE DMM	12 NOV 21	Yamy Rojas
Hepatitis A	ÚNICA	22-05-21	Merck	T020998	ESE DMM		Selena 6
Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo	22/12/2021	Serum	2810X05AB	ESE DMM	12 NOV 21	Fenia Antuna
Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo	22/12/2021	Serum	1801P002	ESE DMM	12 NOV 21	Fenia Antuna
Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo		Bilthoven	241800274	ESE DMM		MAGOLA TRUJILLO
Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo	22 NOV 2021	Serum	2823X022B	ESE DMM		MAGOLA TRUJILLO
Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	22 NOV 2021	Serum	0153W004B	ESE DMM		MAGOLA TRUJILLO.
VPH	1ª						
VPH	2ª						
VPH	3ª						
Varicela	1	22-05-21	Merck.	T020803	ESE D.M.M		Selena 6
Sarampión Rubeola	R	16-06-21	Serum	0179W234	E.S.E D.M.M		Elizabeth Calderon
Varicela	Refuerzo	31-05-2025	Merck	M018331	ESE DMM.		MAGOLA TRUJILLO.

Estas vacunas son gratuitas

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.

Nombre: _____ Registro Civil: _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS Vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre de Vacunador
Recien Nacido	Lactancia materna exclusiva Si☐ No☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	9-5-2020	Serum	037EX0099	H San Ant	- - -	Diana Quiroga
	Hepatitis B	Recién nacido	9-5-2020	Serum	038X02701	H San Ant	9 7 20	Diana Quiroga
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Si☐ No☐							YANINE XIOMARA TRUJILLO.
	Polio (Oral (IM))	1ª	10-07-20.	Bilthoven	181000 1A	ESE DIXIM		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	10-07-20.	Serum.	2859X026F	ESE DMIM		
	Rotavirus	1ª	10-07-20.	Glaxo.	AROLC263BB.	ESE DIXIM		
	Neumococo	1ª	10-07-20.	Glaxo.	ASPNB243AA.	ESE DIXIM		
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Si☐ No☐							
	Polio (Oral - IM)	2ª	18-09-20	Sanofi Pastr	P3N461V			
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	18-09-20	Serum	2859X025F			
	Rotavirus	2ª	18-09-20	Glaxo	AROLC263BB.	ESE DIXIM		
	Neumococo	2ª	18-09-20.	Glaxo.	ASPNB292CA	ESE DIXIM		
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral (IM))	3ª	12/11/20	Sanofi	P3N46V	ESEDMM	Nov 20.	
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	12/11/20	Serum.	2859X025F	ESE DIMM		Yolima Mateus Trujillo Aux. de Enfermería Resol. 1934 del 2014
	Influenza	1ª	12/11/20	Sanofi	U3B58	ESE DMM		
7 Meses	Influenza	2ª	12/12/20	Sanofi	U3B58	ESE DMM		
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	22-05-21	Serum	AROONO43	ESE D.M.M		Magda Tyllo Tyllo.
	Fiebre Amarilla	1ª	12/12/21	Sanofi Pasteur	TJE5	ESEDMM	12 NOV 21	Yolima Mateus
	Neumococo	Refuerzo	22-05-21	Glaxo	ASPNB288BB	ESE D.M.M		Yolima Mateus
	Influenza	Anual	23-09-21	Sanofi	U3BBMV	ESE DMM	12 NOV 21	Yolima Mateus
	Hepatitis A	ÚNICA	22-05-21	Merck	T000998	ESE D.M.M		
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo	22/12/2021	Serum	2810X05B	ESEDMM	12 NOV 21	Yolima Mateus
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo	21/12/2021	Serum	T801P002	ESEDMM	12 NOV 21	Yolima Mateus
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo						
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	1	22-05-21	Merck.	T026803	ESE D.M.M		Yolima Mateus
	Sarampio y rubeola.	R.	16-06-21	Serum	0129W234	E.S.E D.M.M		Yolima Mateus

Estas vacunas son gratuitas

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