



de cero
siempre

Ciudad Saladblanco

Nombre completo de la niña o niño Julian Felipe Aracana

Fecha de nacimiento

Día 06 Mes 10 Año 2022 N° Documento de Identidad 1081735229

Sexo

Masculino ☒Femenino ☐

Fecha de 1er día de atención en el año

Día 3

Mes 02

Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Maricela Muñoz

Fecha de registro cualitativo

Día 8 Mes 05 Año 2025

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

Perfil de desarrollo

valoración cualitativa

Alerta ☐Esperado ☒Avanzado ☐Observaciones generales

El niño Julian Felipe es un niño muy inteligente, le gusta jugar sobre cualquier superficie, pregunta por todo lo que quiere saber.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Maricela Muñoz

Fecha de registro cualitativo

Día 12 Mes 08 Año 2025

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

Perfil de desarrollo

valoración cualitativa

Alerta ☐Esperado ☒Avanzado ☐Observaciones generales

Es un niño muy explorador le gusta mucho correr y saltar por todos lados, realiza actividades propias para la edad.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Maricela Muñoz Bellal

Fecha de registro cualitativo

Día 8 Mes 11 Año 2025

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

Perfil de desarrollo

valoración cualitativa

Alerta ☐Esperado ☒Avanzado ☐Observaciones generales

Julian es un niño muy activo le encanta correr saltar, movimientos que sean de dificultad, cuando no logra hacer algo pide ayuda al adulto. le encantan los balones.

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

Valoración Cualitativa	Relación con los demás									Relación consigo mismo/o												Relación con el mundo						
	Comunicación			Interacción			Construcción de normas			Identidad			Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social			
	Verbal		No verbal	Independencia		Cooperación	Autonomía		Personal		Social																	
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	
0 a 6 meses	1	1	1	4	4	4	5	5	5	6	6	6	10	10	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
6 meses y 1 día a 12 meses	2	2	2	5	5	5	7	7	7	8	8	8	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
1 año y 1 día a 2 años	1	1	1	3	3	3	6	6	6	9	9	9	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
2 años y 1 día a 3 años	2	2	2	4	4	4	7	7	7	10	10	10	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
3 años y 1 día a 4 años	3	3	3	6	6	6	9	9	9	12	12	12	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	4	4	4	8	8	8	11	11	11	14	14	14	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17

☐ = Procesos y subprocesos fundamentales

☐ = Procesos y subprocesos no fundamentales

PÓLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES
PROTEGEMOS
tus PASOS



Línea de Atención:

#899
desde celular

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



N° Póliza:

2000505434

Tomador:

CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado:

JULIAN FELIPE ANACONA BURITICA

ID Asegurado:

1081735229

Vigencia Desde:

2025/02/01

Vigencia Hasta:

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 premios y condiciones, comuníquese a nuestras líneas de atención.

#899
desde celular

BOGOTÁ

3274712 / 3274713

NACIONAL

01 8000 111 935



LEY DE PROTECCIÓN DATOS PERSONALES

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

AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

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

- Para que la fundación pueda dar cumplimiento a todas y cada una de las obligaciones y para que ejerza los derechos que se derivan de su calidad de Operador de Programas misionales del ICBF.
- Facilitar los Documentos requeridos por los sistemas de información de las entidades autorizadas o las entidades gubernamentales que propenden por el desarrollo integral de las niñas y los niños de primera infancia, madres gestantes y bebés lactantes, bajo el compromiso de mantener la confidencialidad de la información.

DECLARACIONES DEL TITULAR

Yo Reina Anacora Tejada Identificado con CC 1081729846 Expedida en
San Andrés Acudiente del menor Juan Felipe Anacora R. Identificado con Registro Civil de Nacimiento
Número 1081755229

DECLARO:

- Toda la información suministrada es verdadera.
- Conozco los derechos y las condiciones para el tratamiento de datos, incluyendo de manera enunciativa:
Conocer íntegramente y de forma gratuita mis datos personales o de mi hijo(a) o acudiente, así como actualizarlos y rectificarlos frente a la fundación o los encargados del tratamiento.
Conocer el uso que se le ha dado a mis datos personales, previa solicitud de la fundación.
Para efectos de ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir información, revocar la autorización, entre otros, podré acudir a HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA como responsable del tratamiento de manera gratuita al Área de Gerencia, quienes estarán disponibles para la misma.

Firma Usuario y/o Acudiente



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

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

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

En atención a lo anterior, en el marco de las acciones de responsabilidad parental, es mi interés manifestar el compromiso en el proceso de educación inicial de mi hijo (a):

Julian Felipe Anacona

Para ello me comprometo a:

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

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

	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 Johari Felipe Anacona, identificado (a) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	☒	Audios	☒	Videos	☒	Otros datos personales	☒
--------------	-------	-------------------------------------	--------	-------------------------------------	--------	-------------------------------------	------------------------	-------------------------------------

Autorización - Uso Imagen del titular:

Yo, Deinei Anacona, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1081729846, 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 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 carhuellas, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa 1105

Suscriben:

Firma: 
Nombre: DEINEI ANACONA TEJADA
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3128357418
Fecha: 3-02-2025
Municipio: Sala de Blanco

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Número N

2282924

NUIP 1.081.735.229...

Tipo de certificado

Datos Esenciales ☐

Actuación ☐

Actuación ☒

Datos del Inscrito

ANACONA BURITICA JULIAN FELIPE.....
Apellidos y Nombres completos

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Año 2 0 2 2 Mes O C T Día 0 6

Sexo (en letras)

MASCULINO.....

B +

COLOMBIA HUILA PITALITO.....
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Año 2 0 2 2 Mes O C T Día 2 5

Indicativo serial

0061185331.....

Datos de la Madre

BURITICA ROJAS NELCY JULIETH.....
Apellidos y Nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.016.045.432.....

COLOMBIA.....

Datos del Padre

ANACONA TEJADA DEINER.....
Apellidos y Nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.081.729.846.....

COLOMBIA.....

Datos del Solicitante

ANACONA TEJADA DEINER.....
Apellidos y Nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.081.729.846.....

Espacio para notas

De la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA HUILA SALADOBLANCO.....

L 6 D

Fecha de Expedición del certificado (Mes en letras)

Año 2 0 2 2 Mes O C T Día 2 5

Nombre y firma del Registrador

LUIS ALBERTO MOLINA CHAVARRO.....

Registrador del Estado Civil



Registro válido

Fecha de consulta:

24/06/2025

Ficha:

41660001543700000424

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JULIAN FELIPE

Apellidos: ANACONA BURITICA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1081735229

Municipio: Saladoblanco

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

15/08/2019

Última actualización ciudadano:

21/03/2024

Última actualización vía 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:

SANTIAGO LOZANO CRUZ

Dirección:

Calle 2 No 5 - 10 Esquina

Teléfono:

3134762452

Correo Electrónico:

familiasaladoblanco@gmail.com



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	1081735229
NOMBRES	JULIAN FELIPE
APELLIDOS	ANACONA BURITICA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	SALADOBLANCO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	06/10/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 06/24/2025 12:29:38 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



AUTOTERMINACIÓN DE VENTA NÚMERO 347/2002
DIAN EXONERADO AUTOTERMINACIÓN NÚMERO 4
VEDOL: 000000 DEL 14/07/16 DIAN BONOS GUARDES
CONTRIBUYENTE AUTOTERMINACIÓN CIRCULAR 4
DEL 08/01/99 SECRETARÍA DE HACIENDA DE NEIVA
FACTURA DE VENTA No. 853/2816

Documento equivalente según
artículo 17 Decreto 1081/97
FECHA DE VENCIMIENTO 22/MAR/2025

SU CÚPULA CUENTA NÚMERO

320983007

Para cualquier consulta y pago electrónico
www.electrohulla.com.co FI -022 -05 -001



TOTAL A PAGAR

\$ 8.700

FECHA DE VENCIMIENTO 22/MAR/2025
FECHA DE SUSPENSIÓN 22/MAR/2025

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	JOSE ALBERTO ANANCONA	Nit CC	434559
Dirección	VDA EL ALTO	Bula	26600530200
Municipio	SALADOBLANCO	Ciclo	052
Clase Servicio	Residencial	Estrato	1

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tensión	1 SECUNDARIA	Circuito	8690104
Carga Contratada	432	Nombre	
Grupo	4	Atrazos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Ocs	Lee Actual	Lee Ant.	Factor	Consumo (kwh)
4407297	ALD	A	S	00	5659	5639	1	20

Consumo Carga 50	Consumo 250 Selector 21	Consumo Selector 21
ULTIMOS CONSUMOS	CALIDAD DEL SERVICIO	

Mes Consumo	FEB	DIC	OCT	AGO	JUN	ABR	FEB
Consumo	20	17	68	123	227	284	21

Valor Contador

ULTIMO PAGO	Fecha	27/01/2025
Valor \$	7518	

LIQUIDACIÓN CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa(\$/kwh)	Valor Total(\$)	Consumo(kwh)	Tarifa(\$/kwh)	Valor Total(\$)
18.0	1027.6731	18500			
18.0	1027.4988	18500			

Valor Total Energía del Periodo \$ 20.371
Valor (Subsidio/Contribución %) \$ - 12.090
Valor Total Energía Facturado \$ 8.281

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES	OTROS CARGOS	VALOR
CONSUMO PERIODO	\$ 20.371	ALUMENADO P	\$ 414
IMPUESTO ALUM. PUBLICO	\$ 414	VALOR ELECTROHULLA	\$ 8.286
AJUSTE DECENA	\$ 5		
SUBSIDIO	\$ - 12.090		

TOTAL A PAGAR

\$ 8.700

ELECTRODOMESTICOS

CONCEPTO	C PEND	TOTAL CON	BALDO	FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	BALDO FIN	CUOTA
FEES: Consumo Kwh		\$/Kwh	Valor \$	No Factura				

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 427.0 Tm: 58.0 PRn,m: 0.0 Dn,m: 280.0 Rm: 15.0 Cv,m: 14
9.0 CUV,n,m: 1027.4988 (\$/Kwh)

CREDIVALORES

BALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORSA
-------	---------	----------------	------------



Transmisión Buena Energía
NIT: 391.100.673-9

COOPERATIVA LATINOAMERICANA
DE AHORRO Y CREDITO

CAJA 01

OF. 11 MAR. 2025 133

MINI BASICA SALADO BLANCO

CAJA 01

Fecha: 11/03/2025 15:13:10
Cajero: JVALENTINABT
Vr. Pagado: 8.700,00
ELECTRICIDAD DEL HULLA
Factura: 0320983007
Consumo: 29900004033874
NIT. 891.100.673-9
COOPERATIVA UTRAHULLA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.045.432

BURITICA ROJAS

APELLIDOS

NELCY JULIETH

NOMBRES

Nelcy Julieth Buritica Rojas

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 19-MAR-1992

LA ARGENTINA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

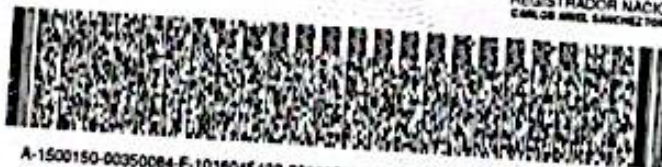
B+
G.S. RH

F
SEXO

20-MAY-2010 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00350084-F-1016045432-20111213

0028858053A 1

1111627308

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.081.729.846
ANACONA TEJADA

APELLIDOS
DEINER

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-JUL-1989
SALADOBLANCO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

17-JUL-2007 SALADOBLANCO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

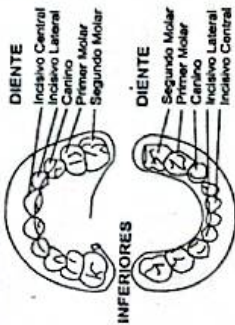
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS SALADO Y ACHA

INCHIC DERECHO

A-1904700-00053176-M-1081729846-20161004 0051625128A 1 45960652

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

SUPERIORES



RECOMENDACIONES

SALUD ORAL
Los primeros dientes deben limpiarse con un algodón o una gasa húmeda. Cuando los dientes temporales estén completamente erupcionados al niño la forma correcta de cepillarse los dientes y el uso de seda dental, ayudándolo hasta cuando pueda hacerlo bien.
Nunca deje dormir al niño con el biberón en la boca, porque el azúcar facilita la caries dental, además el chupo puede originar alteración de la forma de los maxilares y mal posición de los dientes. Procure no dar dulces o caramelo entre comidas.
La primera visita al odontólogo debe hacerse antes del primer año.

CUIDADOS GENERALES
Bañe al niño todos los días, lave las manos y los dientes, cortese las uñas, pongale zapatos cuando camine. NO USE TALCOS NI CHUPITOS.
No le de azúcar para purgarlos. Evite que su niño se acerque a los enfermos.
Expresa afecto al niño, aliento, abrazos y acaricias. Permita que el niño juegue y dedique tiempo para jugar con él. Involúcrelo al niño en las actividades de la familia. Hable con el niño y responda con amor a sus intentos de comunicarse y llamar la atención. Permita que el niño se mueva libremente. No castigue, engañe, ni asuste al niño para obligarlo a obedecer.
Explique al niño las cosas que no debe hacer. No espere que el niño realice tareas que no puede hacer por su edad. Sea siempre sincero con él.

¡MAMÁ SI MI HIJO ESTÁ ENFERMO, DÉBIL, TRISTE, SI PRESENTA LAS SEÑALES DE PELIGRO QUE ME OBLIGAN A LLEVARLO AL SERVICIO DE URGENCIAS O VALORACIÓN INMEDIATA POR MÉDICO
* Mi 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).
* Le chilla el pecho o respira con dificultad.
* Respira más de 60 veces en un minuto.
* Presenta deposiciones duras o líquidas.
* Presenta fiebre más de 38° centígrados.



CARNE DE SALUD MENOR DE 11 AÑOS

Nombre: Juan Felipe Arce
Fecha de nacimiento: 6-10-22
Registro Civil: 1081735129
Teléfono: 81389711
Dirección: Via el Airo
Barrio o Vereda: Dieth Barrios
Nombre del Responsable del Niño: Dieth Barrios
EPS Afiliación: Novareps
Sede de Atención: Saladoblanco

ACUDA A LA UNIDAD DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO EL PERSONAL DE SALUD SE LO RECOMIENDE

EDAD	TIPO VACUNA	1a. DOSIS ÚNICA		2da. DOSIS		3ra. DOSIS		A los 12 meses de edad	
		FECHA	CITA	FECHA	CITA	FECHA	CITA	FECHA	CITA
Recién Nacido	Antitetanusa - BCG								
	Hepatitis B (Recién Nacido)								
	Difteria - tos ferina - Mieros (DPT)								
	Hemofilia Infecciosa tipo 2								
	Hepatitis B								
A partir de los 2 meses	Vacuna oral de polio - VOP								
	Vacuna oral de sarampión								
	Vacuna contra el neumococo								
A partir de los 4 meses	PENTAVALENTE*								
	Vacuna oral de polio - VOP								
	Vacuna oral de sarampión								
	Vacuna contra el neumococo								
A partir de los 6 meses	PENTAVALENTE*								
	Vacuna oral de polio - VOP								
	Vacuna de Influenza (De 6 meses a 23 meses)								
De 6 meses a 23 meses	Sarampión Rubéola Póreas (SRP)								
	Fiebre Amarilla (FA)								
A los 12 meses	Vacuna contra el sarampión								

EDAD	TIPO VACUNA	Al año de la 3ra. DOSIS		A los 5 años de edad		ADICIONALES	
		FECHA	CITA	FECHA	CITA	FECHA	CITA
Al año de las terceras dosis	Difteria - tos ferina - Mieros (DPT)						
	Vacuna oral de polio - VOP						
	Difteria - tos ferina - Mieros (DPT)						
	Vacuna oral de polio - VOP						
A los 5 años de edad	Sarampión Rubéola Póreas (SRP)						
Adicionales							

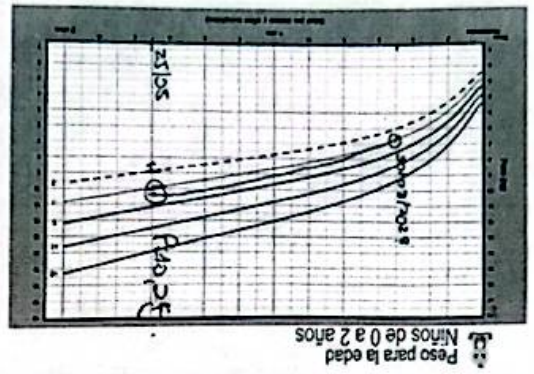
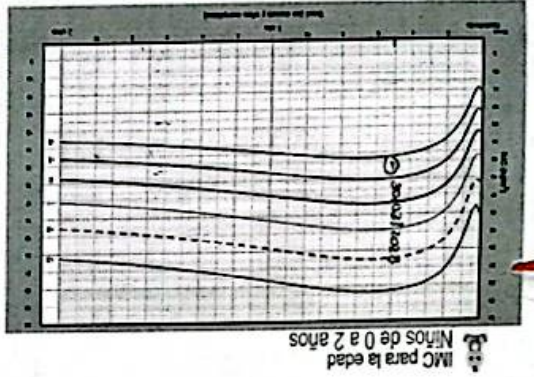
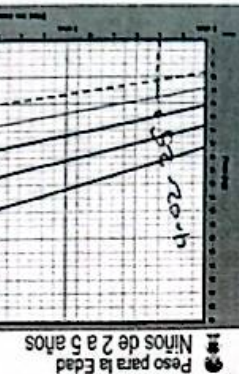
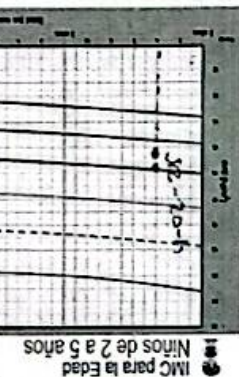
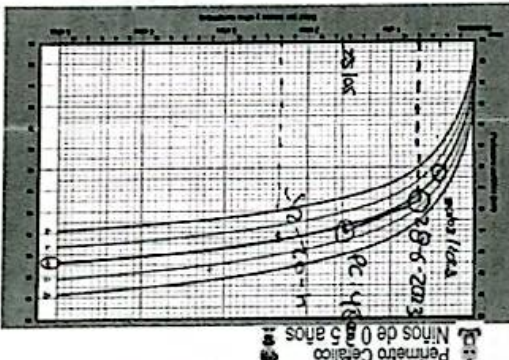
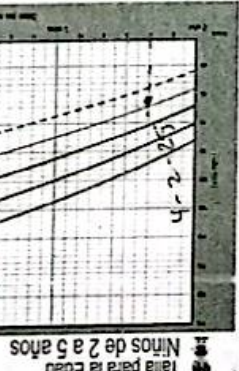
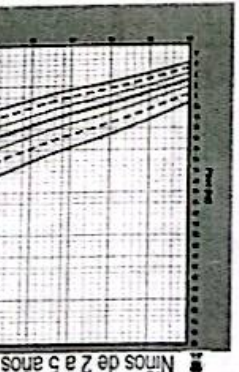
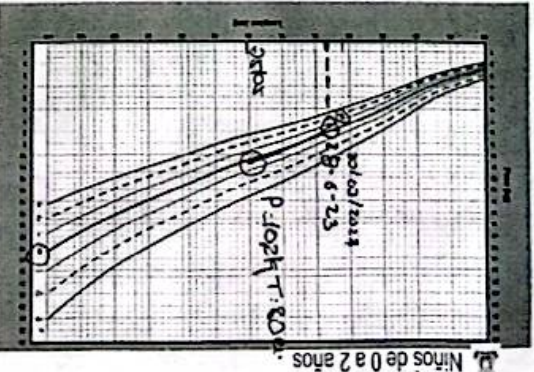
CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DÍA	HORA	CUMPLIDO
				SI NO
2022	NOVIEMBRE	01	10	SI
2023	JUNIO	29	15:00	SI
2023	AGOSTO	07	14:00	SI
2024	FEBO	25	9:00	SI
2024	NOVIEMBRE	04	14:00	SI

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 ESTÁ DESHIDRATADO, dale con cucharita y vaso dos onzas como mínimo, después de cada deposición. Si el niño presenta ALGUN GRADO DE DESHIDRATACIÓN acuda a la Promotora de Salud, a la Unidad de Rehabilitación Oral UNOROS más cercana, o al hospital.

ALOS 1 MESES	ALOS 2 MESES	ALOS 3 MESES	ALOS 4 MESES	ALOS 5 MESES	ALOS 6 MESES	ALOS 7 MESES	ALOS 8 MESES	ALOS 9 MESES	ALOS 10 MESES	ALOS 11 MESES	ALOS 12 MESES
Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito. Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito. Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito.	Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito. Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito. Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito.	Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito. Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito. Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito.	Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito. Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito. Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito.	Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito. Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito. Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito.	Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito. Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito. Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito.	Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito. Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito. Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito.	Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito. Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito. Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito.	Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito. Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito. Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito.	Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito. Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito. Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito.	Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito. Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito. Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito.	Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito. Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito. Si el niño tiene diarrea o vómitos, dale 10 ml de suero oral por cada deposición o vómito.



14-01-2023
Peso: 11.9
Talla: 87
4 - feb - 24
PC: 44.5
Talla: 70
Peso: 2.5

9-11-22
Peso: 10.10
Talla: 84
IMC: 13.25
PC: 45.6
PB: 16

$$IMC = \frac{Peso}{Talla^2} \times 100$$

Vacunar Oportunamente con todas las dosis a tus hijos, **Garantiza la Protección** frente a enfermedades como:

Tuberculosis meningea, Hepatitis B, Poliomielitis, Meningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus influenzae tipo B, Difteria, Tostferina, Tétanos, Diarrea por rotavirus; Neumonia, 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.



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

Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades
Inmunoprevención
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

VALORACIÓN DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECÉN NACIDO

Visual	Cardiopatía	Auditivo OEA/PEAA	TSH neonatal
Normal	Normal	Normal	Normal
Alterado	Alterado	Alterado	Alterado

VALORACIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA

Visual	Cardiopatía	Auditivo OEA/PEAA	TSH neonatal
Normal	Normal	Normal	Normal
Alterado	Alterado	Alterado	Alterado

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

5 años	4 años	3 años
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega	4.ª entrega	5.ª entrega
SI*	SI*	SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*	NO*	NO*

VALORACIÓN DE LA SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

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

Edad	Fecha	Valoración Nutricional	Puntuación Z	Atención en salud
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				

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

PORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega	3.ª entrega
SI*	SI*	SI*
NO*	NO*	NO*

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

1.ª entrega	2.ª entrega
-------------	-------------

-29-

**Nombres y apellido
del vacunador**

Deicy Henry
Deicy Refa.

by

period

5

25

1001

SECRET

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

333

Ура -

Handwritten:

MINNA GARETIO

2499 "P
Gina

[illegible]

alimentos nutritivos