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

**HCB** Los pescaditos

**USAURIO:** Laura Valentina Yacuechime 6 **RC No.** 1083937461



| 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 | X | | |
| Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable | Formalización del cupo | Una sola vez | X | | |
| 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 | X | | |
| Para identificar lugar de residencia, fotocopia de un recibo de servicios público. | Formalización del cupo | Al inicio y en caso de cambiar de residencia | X | | |
| Fotografía física, esta ira sobre esta lista de chequeo | Formalización del cupo | Una sola vez | X | | |

Powered by CamScanner

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Fotografía física, esta ira sobre esta lista de chequeo | Formalización del cupo | Una sola vez | | | |
| Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente. | Formalización del cupo<br>Seguimiento | Cada 3 meses | X | | |
| 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 | X | | |
| Copia del carné de vacunación actualizado según la edad. | Seguimiento | Cada vez que el usuario asista según el PAI | X | | |
| 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 | X | | |
| Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores. | Formalización del cupo | Una sola vez | X | | |
| Formato escala de valoración cualitativa. | Seguimiento | 3 veces al año | | | |
| Formato autorización toma de fotos y vídeos | Formalización del cupo | Una sola vez | X | | |
| Formato ficha de caracterización digital o impresa | Seguimiento | Actualizar cada que haya ingresos nuevos | | | |

Powered by CamScanner

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL PITALITO HUILA
ESTE DOCUMENTO ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA OFICINA
Sandra Cecilia Gomez
REGISTRADOR MUNICIPAL
FECHA

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
32416795-1

# REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

**NUIP** 1.083.937.461

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 61162062

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** L S C

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

REGISTRADURIA DE PITALITO - COLOMBIA - HUILA - PITALITO

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| YACUECHIME | GIRALDO |

**Nombre(s)**

LAURA VALENTINA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2020 Mes OCT Día 17 | FEMENINO | A | 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 | 160249669 |

**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**

GIRALDO SANCHEZ DIANA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.033.680.338 | 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**

YACUECHIME CASAMACHIN WILFREDO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 12.282.006 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

**Apellidos y nombres completos**

YACUECHIME CASAMACHIN WILFREDO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 12.282.006 | |

**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 NOV Día 11 | DANIEL AUGUSTO VARGAS STERLING<br>Nombre y firma |

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

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12.282.006

YACUECHIME CASAMACHIN
APELLIDOS

WILFREDO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-JUL-1982
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.60 | O+ | M |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

06-JUL-2001 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00878242-M-0012282006-20150305 0043455654A 2 1103293321

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

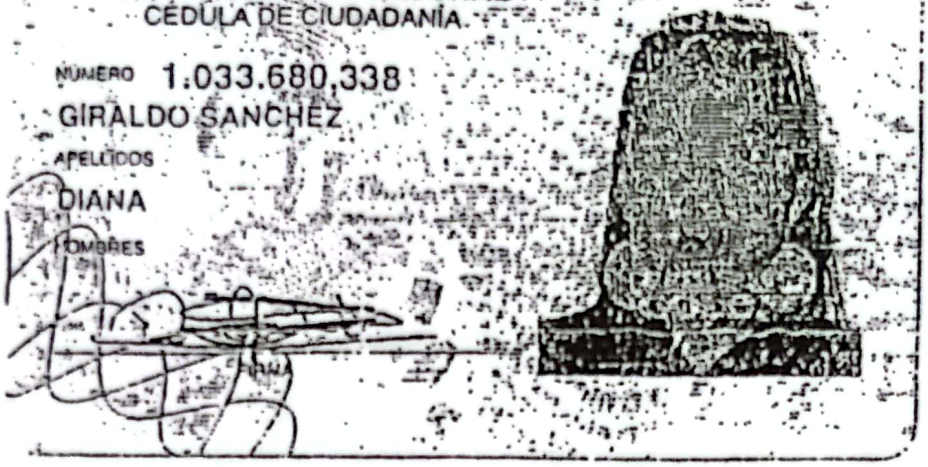
NUMERO 1.033.680.338

GIRALDO SANCHEZ

APELLIDOS

DIANA

NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-JUN-1986

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

11-AGO-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00884206-F-1033680338-20170218 0053762860A 3 9998833540

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

**Fecha de consulta:** 16/11/2025

**Ficha:** 41396001530000009523

# C5

**Vulnerable**

**DATOS PERSONALES**

**Nombres:** LAURA VALENTINA

**Apellidos:** YACUECHIME GIRALDO

**Tipo de documento:** Registro civil

**Número de documento:** 1083937461

**Municipio:** La Plata

**Departamento:** Huila

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

**Encuesta vigente:** 06/08/2024

**Última actualización ciudadano:** 06/08/2024

**Última actualización via registros administrativos:**

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

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** OTONIEL SALAZAR PENNA

**Dirección:** Carrera 4 No. 5-09

**Teléfono:** 8371474

**Correo Electrónico:** sisben@laplata-huila.gov.co

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía

Electrificadora del Huila S.A ESP
Nit. 891.180.001-1

Sr(a) : MARCO ANTONIO YACUECHIME
c.c. / Nit: 12267409
CL 5A # 4A-03 SUR
Municipio: 396 LA PLATA HUILA Ruta: 43960031580
Dirección Postal:
Ciclo: 176 Sector: 3-LA PLATA

Su código de cuenta NIU
292071899
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
86008194

| Periodo | Periodo facturado | Pago total | Pago mínimo | Periodos vencidos |
|---|---|---|---|---|
| 4 / 2025 | 12/03/25-12/04/25 | $27,290 | $27,290 | 0 meses |

## Datos de cuenta

| | |
|---|---|
| Clase servicio | Residencial |
| Estrato | 1-Bajo Bajo |
| Zona | OCCIDENTE |
| Nivel tensión | 1-Secundaria |
| Carga instalada | 1000 |
| Tipo liquidación | lectura |
| Nodo | T09125-LPUP |

## Costo unitario prestación del servicio

| | |
|---|---|
| COMPONENTES ELECTROHUILA | |
| 1 Comercialización | 154.14 |
| + 2 Distribución | 272.98 |
| TOTAL ELECTROHUILA = | 427.12 |
| MERCADO ENERGÍA MAYORISTA | |
| 3 Generación | 388.6 |
| + 4 Transmisión | 49.85 |
| + 5 Restricciones | 14.69 |
| + 6 Pérdidas | 88.84 |
| TOTAL MERCADO MAYORISTA = | 541.98 |
| Costo unitario = ElectroHuila + Mercado | 969.1 |

## Histórico de consumos

| Año | Mes | Consumo | Año | Mes | Consumo |
|---|---|---|---|---|---|
| 2025 | 3 | 61 | 2024 | 9 | 70 |
| 2025 | 2 | 98 | 2024 | 8 | 72 |
| 2025 | 1 | 93 | 2024 | 7 | 123 |
| 2024 | 12 | 57 | 2024 | 6 | 66 |
| 2024 | 11 | 58 | 2024 | 5 | 79 |
| 2024 | 10 | 65 | 2024 | 4 | 168 |

| Promedio de la cuenta | Consumo mes año anterior |
|---|---|
| 72 | 168 |

## Conceptos ElectroHuila

| ncepto | | Valor |
|---|---|---|
| 21 | Consumo Periodo | 60.084 |
| 110 | Interes moratorio | 21 |
| 608 | Ajuste Decena | <1> |
| 995 | Subsidio | <34.113> |

## Cálculo actual del consumo

| Contador | Marca | Tipo Medidor | Observación | Lectura Actual | Lectura Anterior | Factor Multiplicador | Consumo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1-18242156 | ISK | A-S | 0-Toma exitosa de Lectu | 30243 | 30181 | 1 | 62 |

## Liquidación de consumo

| Contador | Desde | Hasta | Consumo | Tarifa | Valor Real | Subsi/Contri | ValorCobrar |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 130 | 62 KW/h | $418.8847 | $60.084 | -57% | $25.971 |

TOTAL

## Financiación ElectroHuila

Descripcion Saldo

Tasa de interés 0%

CUFE feda4e3901d760ad54a3481cdef71184e001a21f15d17ec231586e754bef25711f6f7b33abc48628570c25
Numero de Factura Electronica EH-2710243 Numero de factura: 86008194

| Fecha de emisión | Mi último pago fue | Tengo plazo de pagar hasta | Me quedo sin servicio a partir de |
|---|---|---|---|
| 14/04/2025 | $26,580 01/04/2025 | 25/04/2025 Vencimiento | Suspensión |

| Valor Energía ElectroHuila | + Valor Servicio de Aseo | + Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía) | + Valor Otros Cobros | = |
|---|---|---|---|---|
| $25,991 | | $1,299 | $0 | $27,290 TOTAL A PAGAR |

**LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN**
Reporta cualquier novedad relacionada con la prestación del servicio
01 8000 952 115 | 3134354436
PQR: radicacion@electrohuila.co
www.electrohuila.com.co
24/7

¡Escanea! paga en línea

Pag: 2074

(415)7707274499679(8020)0292071899(3900)0000027290(96)20250425

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO EN VIRTUD DEL ARTICULO 130 DE LA LEY 142 DE 1994 MODIFICADA ART. 18 LEY 689 DE 2001

AUTORRETENEDORES DE RENTA RESOLUCIÓN No. 547/2007 DIAN AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN No. 110280928355296 DE 12-01-2024
AUTORRETENEDORES CONTRIBUYENTES AUTORRETENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 08/07/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA ARTICULO 4 1 DEL ACUERDO 028 DE 2018
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

Powered by CamScanner

ADRES

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | RC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1083937461 |
| NOMBRES | LAURA VALENTINA |
| APELLIDOS | YACUECHIME GIRALDO |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | HUILA |
| MUNICIPIO | LA PLATA |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | NUEVA EPS S.A. | SUBSIDIADO | 01/02/2024 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 11/04/2025 22:28:37 | **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



Powered by CamScanner

# CARNÉ DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL MENOR DE 10 AÑOS

Nombres y Apellidos: Lana Valentina Yacuma G.

Fecha de Nacimiento : 17-10-2020.

Número de Registro Civil : 108.393.7461

Nombre de Responsable : Dino Giraldo Sarmiento

Parentesco : Madre

Dirección : San Pedro

Número Teléfono / Celular : 3106130071

Peso al Nacer : ?

Talla al Nacer : ?

Tipo de Sangre : RH: A(+)

**"Enseña al niño el camino en que debe andar y aún cuando sea viejo no se apartará de él"**

**Prov: 22:6**

Powered by CamScanner

# CONTROL DE CITAS

| FECHA | HORA | NOMBRE DE QUIEN ATENDIO |
|---|---|---|
| Hoy. | de 2022 | el cup. (16 ~) |
| | | |
| 20-Oct/21 | a) | Cubi |
| 25-04-2023 | Enf | |
| 21-10-23 | Medico | |
| 27-11-23 | MEDICO | |
| 21-10-2024 | Enf | |
| 21-10-2025 | Medic. | |
| 11-11-27 | MED | |
| 11.26 | | |

Angela Piedad [illegible]
Enfermera Jefe
CC. [illegible] RUM 42454-SUR

Carlos Arturo Gómez A.
Médico Cirujano
Universidad Surcolombiana
R.M. 9[illegible]

Wilberto Cañón López
ENFERMERO JEFE
T.P. 15290
U. de C

Carlos Arturo Gómez A.
Médico Cirujano
Universidad Surcolombiana
R.M. 9[illegible]

Powered by CamScanner

| FECHA | EDAD EN MESES | PESO | TALLA | PERIMETRO CEFALICO | FIRMA DEL PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|
| 6-07-22 | 15m | 10k | 76 | PC:47.5 | |
| 11/05/23 | 19m. | 10,6 | 77 | 47 | |
| 20-10-23 | 24 M. | 12 1C | 84 | 47 cm | |
| 25-4-23 | 30m. | 12.5k | 87.2 | 48 | |
| 27-11-23 | 3 AÑOS | 13.5 k | 91.5cm | 48.5 | |
| 21-10-2024 | 4 años | 14.5k | 97cm | 50cm | PB: 15.3 c- Inc: 15.4 b |
| 11-11-25 | 5 AÑOS | 16.7k | 102 | — - | REPOSO TMA BI |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | |

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: cf1115d7-6f29-4d2-8c9-e29599573e

Nombres y apellidos / Full name: **LAURA VALENTINA YACUECHIME GIRALDO**

Tipo de identificación / ID Type: **REGISTRO CIVIL**

Número de identificación / ID Number: **1 0 8 3 9 3 7 4 6 1**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **17/10/2020**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3106130041**

Correo electrónico / e-mail: **NOPRESENTAINFORMACION@GMAIL.COM**

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Día / Day | Mes / Month | Año / Year | | | | |
| Hepatitis B Pediatrica | Adicional | 17 | 10 | 2020 | | 0329Y012B | PITALITO ESE HOSPITAL DPTAL SAN ANTONIO | Mayeli Muñoz Urbano |
| BCG | Única | 17 | 10 | 2020 | | 0379G165 | PITALITO ESE HOSPITAL DPTAL SAN ANTONIO | Mayeli Muñoz Urbano |
| Pentavalente PAI | Primera | 17 | 12 | 2020 | | 2850X008C | ACEVEDO E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO JAVIER | MARIA FERNANDA ORTIZ SANCHEZ |
| Neumococo Conjugado 10valente | Primera | 17 | 12 | 2020 | | ASPNB288AA | ACEVEDO E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO JAVIER | MARIA FERNANDA ORTIZ SANCHEZ |
| Antipolio Inactivo (VIP) | Primera | 17 | 12 | 2020 | | T3D891V | ACEVEDO E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO JAVIER | MARIA FERNANDA ORTIZ SANCHEZ |
| Rotavirus | Primera | 17 | 12 | 2020 | | AROLC765AA | ACEVEDO E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO JAVIER | MARIA FERNANDA ORTIZ SANCHEZ |
| Pentavalente PAI | Segunda | 17 | 2 | 2021 | | 2850X008C | ACEVEDO E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO JAVIER | MARIA FERNANDA ORTIZ SANCHEZ |
| Antipolio Inactivo (VIP) | Segunda | 17 | 2 | 2021 | | T3D891V | ACEVEDO E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO JAVIER | MARIA FERNANDA ORTIZ SANCHEZ |
| Neumococo Conjugado 10valente | Segunda | 17 | 2 | 2021 | | ASPNB288AA | ACEVEDO E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO JAVIER | MARIA FERNANDA ORTIZ SANCHEZ |
| Rotavirus | Segunda | 17 | 2 | 2021 | | AROLC765AA | ACEVEDO E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO JAVIER | MARIA FERNANDA ORTIZ SANCHEZ |
| Antipolio Inactivo (VIP) | Tercera | 24 | 4 | 2021 | | 2017004A | ACEVEDO E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO JAVIER | MARIA FERNANDA ORTIZ SANCHEZ |
| Pentavalente PAI | Tercera | 24 | 4 | 2021 | | 2850Y018D | ACEVEDO E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO JAVIER | MARIA FERNANDA ORTIZ SANCHEZ |
| Neumococo Conjugado 10valente | Refuerzo | 3 | 2 | 2022 | Glaxo SmithKline | ASPNB315BA | ACEVEDO E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO JAVIER | MAYRA ORTIZ |
| Triple Viral | Primera | 3 | 2 | 2022 | Serum | 0130N128A | ACEVEDO E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO JAVIER | MAYRA ORTIZ |

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.



Powered by CamScanner

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: cf115d7-8f29-4d2-8c9-e2f6f6735e

Nombres y apellidos / Full name: **LAURA VALENTINA YACUECHIME GIRALDO**

Tipo de identificación / ID Type: **REGISTRO CIVIL**

Número de identificación / ID Number: **1 0 8 3 9 3 7 4 6 1**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **17/10/2020**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3106130041**

Correo electrónico / e-mail: **NOPRESENTAINFORMACION@GMAIL.COM**

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna | Dosis | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio | Número de Lote | IPS Vacunadora | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vaccine | Doses | Día / Day | Mes / Month | Año / Year | Laboratory | Vaccine Batch | Administering Center | Full name Vaccinator |
| Varicela | Primera | 3 | 2 | 2022 | MERCK SHARP DOHME | U019269 | ACEVEDO E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO JAVIER | MAYRA ORTIZ |
| Sarampión Rubéola | Adicional | 1 | 4 | 2022 | Serum | 0129W235 | ACEVEDO E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO JAVIER | GENNY MOTTA |
| Fiebre Amarilla | Única | 28 | 4 | 2022 | Sanofi Pasteur | T3J561V | ACEVEDO E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO JAVIER | STELLA CUELLAR QUINTERO |
| Antipolio Oral (VOP) | Primer Refuerzo | 28 | 4 | 2022 | Serum | 1801P018 | ACEVEDO E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO JAVIER | STELLA CUELLAR QUINTERO |
| DPT | Primer Refuerzo | 28 | 4 | 2022 | Serum | 2820X009B | ACEVEDO E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO JAVIER | STELLA CUELLAR QUINTERO |
| INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA | Refuerzo | 1 | 6 | 2022 | Green Cross | V50222006 | ACEVEDO E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO JAVIER | GENNY MOTTA |
| INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA | Primera | 17 | 12 | 2022 | Green Cross | V50222006 | LA PLATA GRUPO EXTRAMURAL | YICELA YACUECHIME CASAMACHIN |
| INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA | Refuerzo | 25 | 5 | 2023 | Green Cross | V50523004 | LA PLATA GRUPO EXTRAMURAL | YICELA YACUECHIME CASAMACHIN |
| Triple Viral | Refuerzo | 25 | 5 | 2023 | Serum | 0131N082A | LA PLATA GRUPO EXTRAMURAL | NELCY YANED RAMOS VIDAL |
| Antipolio Inactivo (VIP) | Segundo Refuerzo | 27 | 10 | 2025 | Bilthoven Biologicals BV | 2423003A | LA PLATA GRUPO EXTRAMURAL | YICELA YACUECHIME CASAMACHIN - CC1081396285 - Activo |
| DPT | Segundo Refuerzo | 27 | 10 | 2025 | Serum | 221100524A | LA PLATA GRUPO EXTRAMURAL | YICELA YACUECHIME CASAMACHIN - CC1081396285 - Activo |
| Varicela | Refuerzo | 27 | 10 | 2025 | MSD | Z005288 | LA PLATA GRUPO EXTRAMURAL | YICELA YACUECHIME CASAMACHIN - CC1081396285 - Activo |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 27 | 10 | 2025 | GC BIOPHARMA CORP | V50525003 | LA PLATA GRUPO EXTRAMURAL | YICELA YACUECHIME CASAMACHIN - CC1081396285 - Activo |

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.



Powered by CamScanner

**PIDE TU CITA**

LA PLATA **CALL CENTER**
**3235639250**

**Horario de asignación de citas**

**Mañana:** 6:30 a.m. a 12:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

**Tarde:** 1:30 p.m. a 5:00 p.m.
Días: Lunes a Viernes

**Sábado:** 6:30 a.m. a 11:00 a.m.

Belén **318-3208889**

7:00 a.m. a 9:00 a.m.
Días: De Lunes a Viernes

**E.S.E San Sebastián**
*Siempre adelante en servicio*

San Sebastián

| E.S.E. SAN SEBASTIAN | CODIGO | [illegible] |
|---|---|---|
| LA PLATA HUILA | VERSION | 01 009 |
| NIT. 813.002.872-4 | APROBACIÓN | 2016 |

**CARNET**
**PREVENCIÓN SALUD BUCAL**



Nombres y Apellidos: laura valentina
No. De Documento: 1083937461 Tipo de Doc.:
Fecha de Nacimiento: Edad:
EPS: Asmet salud
Dirección o Vereda:
Teléfono:

| PROCEDIMIENTO | Fecha de Atención | | | Próxima Cita | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | D | M | A | D | M | A |
| CPB + FB | 20 | 01 | 23 | 20 | 07 | 23 |
| CPB+FB | 21 | 04 | 23 | 21 | 01 | 24 |
| CPB+FB | 14 | 03 | 24 | 14 | 09 | 24 |
| + | 21 | 10 | 24 | 21 | 04 | 25 |
| CPB+FB | 23 | 04 | 25 | 23 | 10 | 25 |
| CPB+FB | 11 | 11 | 25. | 11 | 05 | 26 |

Powered by CamScanner

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

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS Los pescaditos, 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): Laura Valentina Yacuchinga con RC No 1083937461 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 03 del mes Febrero del año 2025, en el Municipio de La Plata.

PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Magaly Poya G
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

## PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

**Ciudad** La plata

**Nombre completo de la niña o niño** Lauro Valentino Yacucchime Giraldo

**Fecha de nacimiento** 17 10 2020 **N° Documento de Identidad** 1083937461

**Sexo** Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 03 02 2025

**Primer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Magaly Paja Guevara

**Fecha de registro cualitativo** 25 04 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 valoración cualitativa** ■ **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

**Observaciones generales**

Lu niña se encuentra dentro del rango esperado segun la escala de valoración

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

**Segundo Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Magaly Paja Guevara

**Fecha de registro cualitativo** 29 07 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 valoración cualitativa** ■ **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

**Observaciones generales**

Lu niña presenta todas la dimensiones fundamentales de acuerdo a su edad y los items de la escala de valoración

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

**Tercer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Magaly Paja Guevara

**Fecha de resgistro cualitativo** 31 10 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 ○

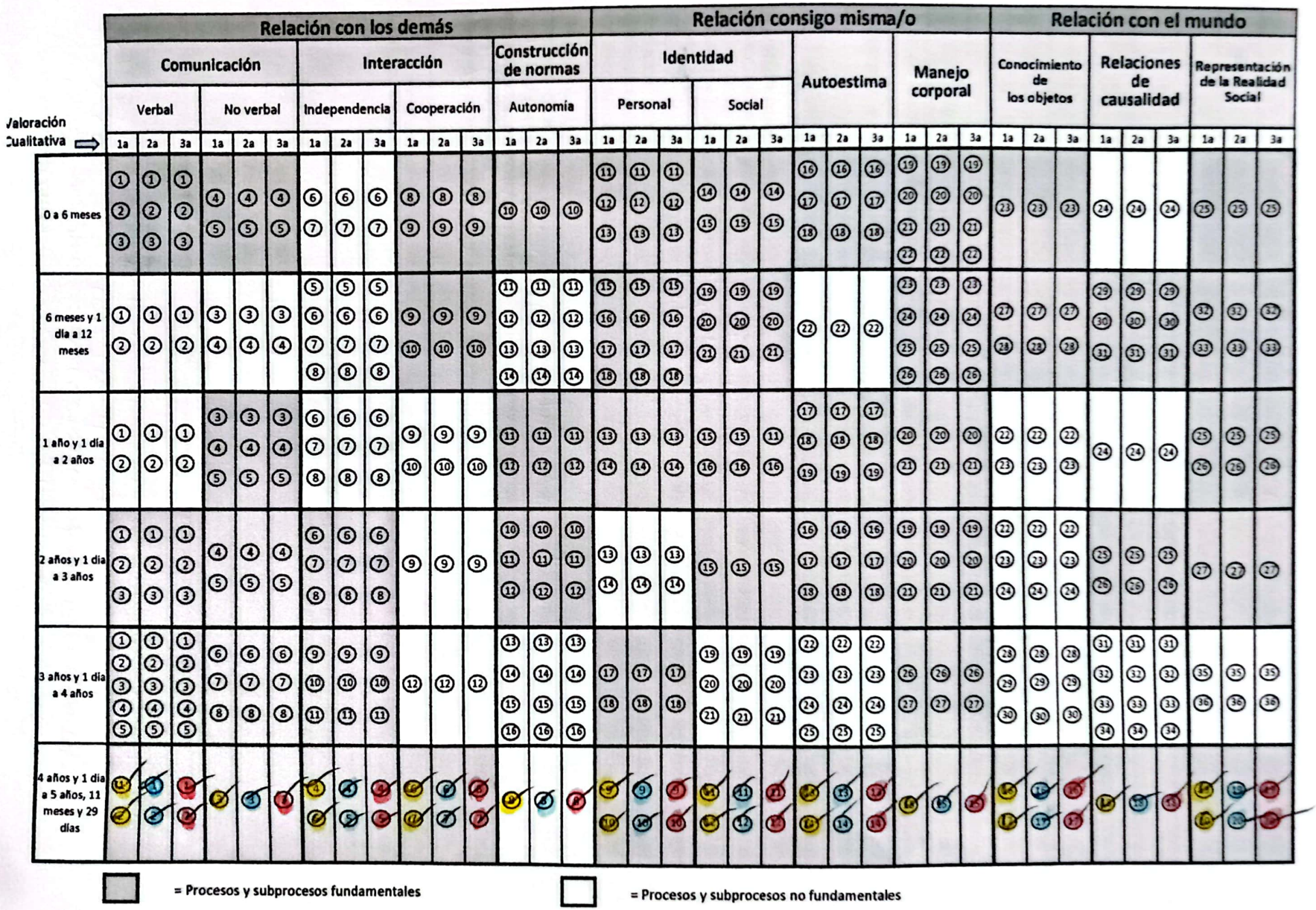
**Color de registro valoración cualitativa** ■ **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

**Observaciones generales**

Lu niño se encuentra dentro de lo esperado teniendo en cuenta que ha cumplido con los items de los dimensiones fundamentales que se encuentran en su etapa de edad.

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

Powered by CamScanner




PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

Powered by CamScanner

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>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 Laura Valentina Yacuechime Giraldo, identificado (a) con documento de identidad número 1083937461 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 - Usp imagen del titular:**

Yo, Wilfredo Yacuechime Casamachin quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 12282006, 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 **FUNDACION GRUPO LIBERTAD**, 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 COMUNITARIA.**

**Suscriben:**

Firma: _____
Nombre: Wilfredo Yacuechime C.
Calidad - Titular: padre Representante legal: Si
Teléfono de contacto: 3214054693
Fecha: 03-02-2025
Municipio: La Plata (H)

¡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.

Powered by CamScanner

seguros mundial®

Accidentes personales

# Protegemos tus pasos



**Nº Póliza:** 2000503802

**Tomador:** FUNDACION GRUPO LIBERTAD

**Nombre de Asegurado:** LAURA VALENTINA YACUECHIME GIRALDO

| ID Asegurado: | Vigencia Desde: | Vigencia Hasta: |
|---|---|---|
| 1083937461 | 2025/02/01 | 2026/02/01 |

Muerte Accidental $10.000.000,00

Gastos Médicos $9.000.000,00

## Linea de atención

**Linea nacional:**
**01 8000 112 684**
en caso de accidente.

Conoce nuestra **red médica**

**Página web:**
www.segurosmundial.com.co

En caso de accidente comunicate a nuestra linea **018000112684.**
Para más información acerca de la póliza comunicate a nuestras lineas:

**Desde Bogotá:** 3274712/13

**Linea nacional:** 018000111935

**Desde operadores Tigo, Claro o Movistar:** #935

www.segurosmundial.com.co

Powered by CamScanner