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

HCB Los Pescadotos

USAURIO: Karla Estefania Vasquez Tpio RC No. 1145832062



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			
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 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			
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			
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

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 766501

NUIP 1.145.832.062

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☐

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

VASQUEZ IPIA KARLA ESTEFANIA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2020	Mes OCT	Día 27	FEMENINO	O +

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

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2020	Mes OCT	Día 29	0059573566

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

IPIA PAJOY LUZ FANI

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 40.078.743	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

VASQUEZ TORRES JHONATAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.081.405.918	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

IPIA PAJOY LUZ FANI

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 40.078.743

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA HUILA LA PLATA	5 5 3

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)	Nombre y firma del funcionario
Año 2021 Mes JUL Día 21	OSNAIY LOPERA MADRIGAL

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 28992483-0

Registrador del Estado Civil

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.081.405.918
VASQUEZ TORRES
APELLIDOS
JHONATAN
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 17-SEP-1990
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
18-SEP-2008 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

P-1904900-00154805-M-1081405918-20090420 0010871586A 1 30956803

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **40.078.743**

IPIA PAJOY

APELLIDOS

LUZ FANI

NOMBRES

Luz Fani Ipia Pajoy

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-ABR-1980**
PAEZ (BELALCAZAR)
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

30-JUN-1998 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1904900-00844444-F-0040078743-20160824 **00507**05650A 1 44916358

Powered by CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 16/11/2025

Ficha: 41396018511800000367

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: KARLA ESTEFANIA

Apellidos: VASQUEZ IPIA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1145832062

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/07/2019

Última actualización ciudadano: 24/02/2021

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: 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): ANAYA LEO[illegible]AS
c.c. / Nit: 1227[illegible]611
CL 2 SUR # 6A-27
Municipio: 396 LA PLATA HUILA Ruta: 43960036060
Dirección Postal:
Ciclo: 176 Sector: 3-LA PLATA

Su código de cuenta NIU
506489492
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
85611065

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
3 / 2025	12/02/25-12/03/25	$17,950	$17,950	0 meses

Datos de cuenta

Clase servicio	Residencial
Estrato	2-Bajo
Zona	OCCIDENTE
Nivel tensión	1-Secundaria
Carga instalada	590
Tipo liquidación	lectura
Nodo	T09201-LP2P

Costo unitario prestación del servicio

COMPONENTES ELECTROHUILA	
1 Comercialización +	149.34
2 Distribución	280.91
TOTAL ELECTROHUILA =	430.25
MERCADO ENERGÍA MAYORISTA	
3 Generación +	427.29
4 Transmisión +	56.03
5 Restricciones +	15.88
6 Pérdidas	98.05
TOTAL MERCADO MAYORISTA =	597.25
Costo unitario = ElectroHuila + Mercado	1027.5

Histórico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	2	38	2024	8	87
2025	1	32	2024	7	81
2024	12	32	2024	6	55
2024	11	25	2024	5	60
2024	10	26	2024	4	50
2024	9	55	2024	3	64

Promedio de la cuenta	Consumo mes año anterior
34	64

Conceptos ElectroHuila

	Concepto	Valor
[illegible]	Consumo Periodo	25.687
607	Ajuste Decena	2
995	Subsidio	<12,719>

Cálculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-80052978	SAN	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	11765	11740	1	25

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCobrar
1	1	130	25 KW/h	$518.7364	$25.687	-50%	$12.968

TOTAL

Financiación ElectroHuila

Descripcion Saldo

Tasa de interés 0%

CUFE c839a8126e9af8060c146d54545636e9dbfe7563700f6003064b2cfec05982da0fc90cdd9233f55a2f07ab
Numero de Factura Electronica EH-2352869 Numero de factura: 85611065

Fecha de emisión	Mi último pago fue	Tengo plazo de pagar hasta	Me quedo sin servicio a partir de
14/03/2025	$46,170 24/02/2025	26/03/2025 Vencimiento	Suspensión

Valor Energía ElectroHuila	+ Valor Servicio de Aseo	+ Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)	+ Valor Otros Cobros	=
$12,970		$4,980	$0	$17,950 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: 2553

(415)7707274499679(8020)0506489492(3900)0000017950(96)20250326

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

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORRETENEDORES ICA CIRCULAR 4 DEL 08/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA, ARTICULO 657 DEL ACUERDO 028 DE 2018
AUTORRETENEDORES DE RENTA RESOLUCIÓN No. 542/2002 DIAN AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN No. 18012009285396 DE 12-01-2024

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	1145832062
NOMBRES	KARLA ESTEFANIA
APELLIDOS	VASQUEZ IPIA
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	17/03/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/04/2025 22:29:20	**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**,

Powered by CamScanner

PIDE TU CITA

La Plata **CALL CENTER**
3235639250

Horario de asignación de citas

Mañana 6:30 am a 12: 00 am
Días: De Lunes a Viernes

Tarde 1:30 pm a 5: 00pm
Días: De Lunes a Viernes

Sábados 6:30 am a 11:00 am

Belén 318-3208889

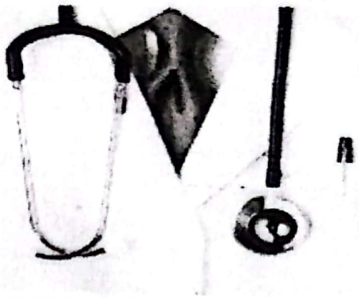
7:00 am a 9:00 am y 2:00 pm a 5:00 pm
Días: De Lunes a Viernes

E.S.E San Sebastián
Siempre adelante en servicios

San Sebastián

E.S.E SAN SEBASTIAN	CÓDIGO	
LA PLATA HUILA	VERSIÓN	DE
N.T. 813.002.872-4	F. APROBACIÓN	2016

CARNET DE CITAS



Nombres y Apellidos: Karla Estefania Vasquez Pia
No. De Documento: 1148832062 Tipo de doc:
Fecha de Nacimiento: 27 oct 2020 Edad:
EPS: Sanitas
Dirección o Vereda:
Teléfono:

FECHA PRÓXIMA CITA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO	PESO	TALLA	FIRMA PROFESIONAL
28-10-2025.	✓		19.1 kg	108 cm	actividad para la edad

Prox cita, nfermo, Medico.
Oct-2026.

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
e los 6 meses hasta los 5 años de edad, de
e la estrategia **AIEPI**.

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

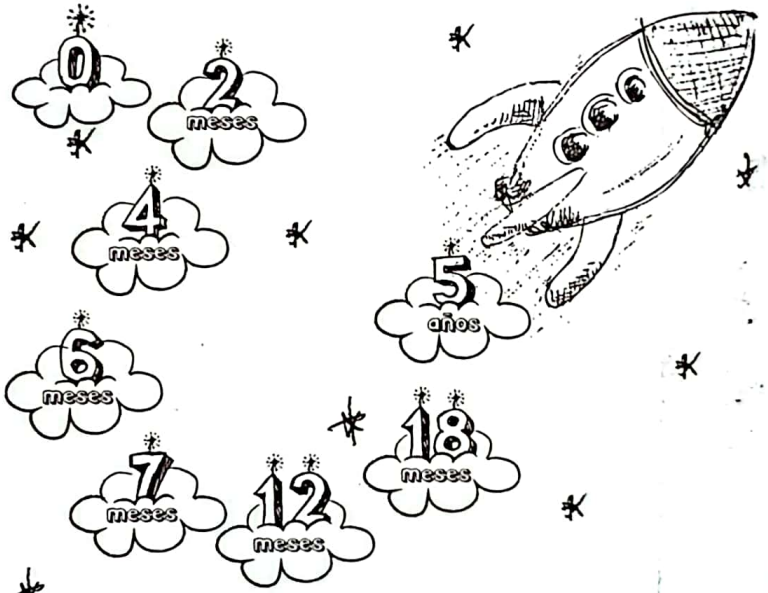
debe realizar toma de TSH al momento
de hipotiroidismo.

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 mi vida hay que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Karla Estefania Vasquez Je
Fecha de nacimiento: 27-10-20
Nº de certificado de nacido vivo: 160268096
Registro civil: 1145 832062
Sexo: femenino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 2940 6mmo
Dirección: B. Moseños
Teléfono: 3183557832
Responsable: Luz fanni Jeja
Municipio de residencia: La Plata
Departamento: Huila

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Powered by CamScanner

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 9455757-4312-46R-885-e8b648ae4a3

Nombres y apellidos / Full name: KARLA ESTEFANIA VASQUEZ IPIA

Tipo de identificación / ID Type: REGISTRO CIVIL

Número de identificación / ID Number: 1 1 4 5 8 3 2 0 6 2

Fecha de nacimiento / Date of birth: 27/10/2020

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3183557832

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Triple Viral	Primera	27	10	2021		0130N093B	LA PLATA COORPORACION IPS SALU	ELY YOJANA ROJAS CABRERA
Neumococo Conjugado 10valente	Refuerzo	27	10	2021		ASPNB311BA	LA PLATA COORPORACION IPS SALUDCOOP	ELY YOJANA ROJAS CABRERA
Varicela	Primera	27	10	2021		U006190	LA PLATA COORPORACION IPS SALUDCOOP	ELY YOJANA ROJAS CABRERA
Hepatitis A Pediatrica	Única	27	10	2021		UOO9725	LA PLATA COORPORACION IPS SALUDCOOP	ELY YOJANA ROJAS CABRERA
Sarampión Rubéola	Adicional	30	4	2022	Serum	0129WZ35	LA PLATA GRUPO EXTRAMURAL	MARLY YULIANY CLEVES OLAYA
Fiebre Amarilla	Única	7	5	2022	Bio-Manguinhos/FIOCRUZ	212VFC015Z	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	NELCY YANED RAMOS VIDAL
Antipolio Oral (VOP)	Primer Refuerzo	7	5	2022	Serum	1801P018	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	NELCY YANED RAMOS VIDAL
DPT	Primer Refuerzo	7	5	2022	Serum	2821Q012B	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	NELCY YANED RAMOS VIDAL
INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Refuerzo	22	10	2022	Green Cross	V50222006	LA PLATA GRUPO EXTRAMURAL	JOSE ALBEIRO RAMOS ROJAS
Triple Viral	Refuerzo	22	4	2023	Serum	0131N107B	LA PLATA GRUPO EXTRAMURAL	DIANA ROCIO HERNANDEZ AUSECHA
DPT	2R	28 OCT. 2025			Serum	221100524A	ESE SAN SEBASTIAN	Luz Yoani U.
Varicela	1R	28 OCT. 2025			M.D.	Z005288	ESE SAN SEBASTIAN	Luz Yoani U.
Polio	2R	28 OCT. 2025			Bilthaven	24230034	ESE SAN SEBASTIAN	Luz Yoani U.

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 Mnistery 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

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 9455757-a312-484-8f5-e8648ae4a3

Nombres y apellidos / Full name: **KARLA ESTEFANIA VASQUEZ IPIA**

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

Número de identificación / ID Number: **1 1 4 5 8 3 2 0 6 2**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **27/10/2020**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3183557832**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Triple Viral	Primera	27	10	2021		0130N093B	LA PLATA COORPORACION IPS SALU	ELY YOJANA ROJAS CABRERA
Neumococo Conjugado 10valente	Refuerzo	27	10	2021		ASPNB311BA	LA PLATA COORPORACION IPS SALUDCOOP	ELY YOJANA ROJAS CABRERA
Varicela	Primera	27	10	2021		U006190	LA PLATA COORPORACION IPS SALUDCOOP	ELY YOJANA ROJAS CABRERA
Hepatitis A Pediátrica	Única	27	10	2021		UOO9725	LA PLATA COORPORACION IPS SALUDCOOP	ELY YOJANA ROJAS CABRERA
Sarampión Rubéola	Adicional	30	4	2022	Serum	0129W235	LA PLATA GRUPO EXTRAMURAL	MARLY YULIANY CLEVES OLAYA
Fiebre Amarilla	Única	7	5	2022	Bio-Manguinhos/FIOCRUZ	212VFC015Z	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	NELCY YANED RAMOS VIDAL
Antipolio Oral (VOP)	Primer Refuerzo	7	5	2022	Serum	1801P018	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	NELCY YANED RAMOS VIDAL
DPT	Primer Refuerzo	7	5	2022	Serum	2821Q012B	LA PLATA E.S.E SAN SEBASTIAN	NELCY YANED RAMOS VIDAL
INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Refuerzo	22	10	2022	Green Cross	V50222006	LA PLATA GRUPO EXTRAMURAL	JOSE ALBEIRO RAMOS ROJAS
Triple Viral	Refuerzo	22	4	2023	Serum	0131N107B	LA PLATA GRUPO EXTRAMURAL	DIANA ROCIO HERNANDEZ AUSECHA
DPT	2R	24	10	25	SERUM	221100 5 24A	ESE SAN SEBASTIAN	huzyoany velasco
polio	2R	24	10	25	Bitthovic	24230 03A	ESE SAN SEBASTIAN	huzyoany velasco
Varicela	1R	24	10	25	Merck	20052 88	ESE SAN SEBASTIAN	huzyoany velasco
CITA alos 9 AÑOS								

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 Mnistery 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 servicios

	E.S.E. SAN SEBASTIAN	CODIGO	APLICA SI
San Sebastián	LA PLATA HUILA	VERSION	01-009
	NIT. 813.002.872-4	APROBACIÓN	2016

CARNET
PREVENCIÓN SALUD BUCAL



Nombres y Apellidos: Kaila Estefania Ipia
No. De Documento: 1145832062 Tipo de Doc.:
Fecha de Nacimiento: Edad:
EPS: Sanitas
Dirección o Vereda:
Teléfono:

PROCEDIMIENTO	Fecha de Atención			Próxima Cita		
	D	M	A	D	M	A
CPB 1 FB	23	01	23	23	07	23
CPB 1 FB	18	07	23	18	01	24
CPB 1 FB	18	01	23	18	07	24
CPB 1 FB	30	07	24	30	01	25
CPB 1 FB	31	01	25	31	07	25
CPB 1 FB	04	08	25	04	02	26

Powered by CamScanner

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

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS Los Pescaditos, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio Fundacion 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): Karla Estefania Vasquez con RC No 1145832062 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.

Luz fani Ipia Payoy
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Magaly Paja 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 Karla Estefania Vasquez Tpia

Fecha de nacimiento 27 10 2020 **N° Documento de Identidad** 1145832062

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 [yellow]

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

Se registra todas las dimensiones fundamentales de acuerdo a su perfil de desarrollo esperado.

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 [blue]

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

La niña se encuentra dentro de lo esperado ya que presenta todas la dimensiones fundamentales en su etapa de edad.

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 [red]

Perfil de desarrollo Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales

La niña presenta todas las dimensiones que se encuentran en su etapa de edad segun los items de la escala de valoracion.

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 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 Isarla Estefania Vasquez Tpia, identificado (a) con documento de identidad número 1145932062 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, Jhonatan Vasquez torres, quien suscribe el presente documento, 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	

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: Jhonatan Vasquez Torres
Calidad - Titular: Tutor Representante legal: Si
Teléfono de contacto: 3216944920
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

CLASIFICADA

Powered by CamScanner

seguros mundial®

Accidentes personales

Protegemos tus pasos



Línea de atención

Línea nacional:
01 8000 112 684
en caso de accidente.

Conoce nuestra **red médica**

Página web:
www.segurosmundial.com.co

Nº Póliza:	2000503802
Tomador:	FUNDACION GRUPO LIBERTAD
Nombre de Asegurado:	KARLA ESTEFANIA VASQUEZ IPIA

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1145832062	2025/02/01	2026/02/01

Muerte Accidental	$10.000.000,00	Gastos Médicos	$9.000.000,00

En caso de accidente comunícate a nuestra línea **018000112684.**
Para más información acerca de la póliza comunícate a nuestras líneas:

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

www.segurosmundial.com.co

Powered by CamScanner