



**FUNDACION GRUPO LIBERTAD**  
**NIT - 900.027.451-0**



**LISTA DE CHEQUEO NIÑAS Y NIÑOS USUARIOS 2025**

**NOMBRE DEL NIÑO(A):** AILEEN MEARY VALENCIA RC 1145832314

| Nº | REQUISITOS                                                                                                               | SI | NO | N/A | OBSERVACIONES |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----|---------------|
| 1  | Hoja de inscripción con foto                                                                                             | ✓  |    |     |               |
| 2  | Registro civil (legible, sin tachones, ni enmendaduras)                                                                  | ✓  |    |     |               |
| 3  | Fotocopia puntaje del Sisbén (valido por 6 meses), red unidos, certificado de víctima o desplazado según el caso vigente | ✓  |    |     |               |
| 4  | Criterio de focalización vigente                                                                                         | ✓  |    |     |               |
| 5  | Fotocopia que acredite la afiliación a salud ADRES BDUA-SGSSS (valido por 6 meses).                                      | ✓  |    |     |               |
| 6  | Control de crecimiento y desarrollo actualizado                                                                          | ✓  |    |     |               |
| 7  | Fotocopia del carnet de vacunas Actualizado                                                                              | ✓  |    |     |               |
| 8  | Fotocopia del carnet vacunas Covid 19 (a partir de los 3 años) o carta                                                   | ✓  |    |     |               |
| 9  | Diagnóstico médico de discapacidad (en los casos que aplique)                                                            | -  | -  | ✓   |               |
| 10 | Fotocopia recibo de servicio publico                                                                                     | ✓  |    |     |               |
| 11 | Fotocopia de identificación de los padres o acudientes responsables                                                      | ✓  |    |     |               |
| 12 | Certificado de pertenencia de comunidad indígena, afrodescendientes, raizales, palenqueros, Rom. (si lo presenta)        | -  | -  | ✓   |               |
| 13 | Certificado o copia del carnet de asistencia a salud oral vigente para mayores de 6 meses                                | ✓  |    |     |               |
| 14 | Certificado del examen de agudeza visual (vigente para mayores de 4 años).                                               | ✓  |    |     |               |
| 15 | Certificado de tamizaje auditivo. (Vigente para menores de 5 años).                                                      | ✓  |    |     |               |
| 16 | Formato de veracidad de la información ficha de caracterización                                                          | ✓  |    |     |               |
| 17 | Formato acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres.                                                          | ✓  |    |     |               |
| 18 | Formato de consentimiento informado. autorización uso de imagen                                                          | ✓  |    |     |               |
| 19 | Ley de protección datos personales                                                                                       | ✓  |    |     |               |
| 20 | Formato de aceptación de pacto de convivencia                                                                            | ✓  |    |     |               |
| 21 | Formato de escala de valoración cualitativa (cuando aplique)                                                             |    |    |     |               |
| 22 | Seguimiento al desarrollo infantil                                                                                       | ✓  |    |     |               |
| 23 | Documentos adicionales generados durante la atención.                                                                    |    |    |     |               |



**FUNDACION GRUPO LIBERTAD**  
**NIT - 900.027.451-0**  
**PORTADA DE DOCUMENTOS**



12



FECHA DE INGRESO DEL NIÑO O NIÑA: 05 Noviembre 2025

NOMBRE/S: Ailhin Meary

APELLIDOS/S: Valencia Torres

Nº DE DOCUMENTO: 1145832314

FECHA DE NACIMIENTO: 27 / abril / 2021

DIRECCION Cll 9 Sur #12-45

FOCALIZACION: Sisben GRUPO        VICTIMA        INDIGENA       

EPS: Sanitas SUBSIDIADO Si CONTRIBUTIVO       

**DATOS DEL PADRE/ ACUDIENTE**

NOMBRE Y APELLIDO: AYDA NURY Torres Rojas

Nº DE DOCUMENTO: 1081414164 PARENTESCO Madre

TEL CELULAR: 3174963336 - 3108687594

**DATOS DE LA MADRE/ACUDIENTE**

NOMBRE Y APELLIDO:       

Nº DE DOCUMENTO:        PARENTESCO:       

TEL CELULAR:       

OTRO CELULAR DE CONTACTO:

REGISTRO CIVIL  
FIRMADO DIGITALMENTE



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

**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo  
Serial

**59573818**

59573818

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

|                                                   |                                  |                                    |                                        |                                                |        |   |   |   |
|---------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|--------|---|---|---|
| Registraduría <input checked="" type="checkbox"/> | Notaría <input type="checkbox"/> | Consulado <input type="checkbox"/> | Corregimiento <input type="checkbox"/> | Inspección de Policía <input type="checkbox"/> | Código | D | U | W |
|---------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|--------|---|---|---|

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía  
COLOMBIA - HUILA - LA PLATA LA PLATA H.D. S.A DE PADUA \*\*\*\*\*

Datos del Inscrito

|                                   |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| Primer Apellido<br>VALENCIA ***** | Segundo Apellido<br>TORRES ***** |
|-----------------------------------|----------------------------------|

Nombre(s)  
AILHIN MEARY \*\*\*\*\*

|                               |                  |                 |           |
|-------------------------------|------------------|-----------------|-----------|
| Fecha de nacimiento           | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
| Año 2 0 2 1 Mes A B R Día 2 7 | FEMENINO         | O               | POSITIVO  |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)  
COLOMBIA - HUILA - LA PLATA \*\*\*\*\*

|                                                                                                      |                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos<br>CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO ***** | Número certificado de nacido vivo<br>163638711 ***** |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos  
TORRES ROJAS AYDA NURY \*\*\*\*\*

|                                                                         |                                |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Documento de identificación (Clase y número)<br>CC No. 1081414164 ***** | Nacionalidad<br>COLOMBIA ***** |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos  
VALENCIA YALANDA DUVAN ANDRES \*\*\*\*\*

|                                                                         |                                |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Documento de identificación (Clase y número)<br>CC No. 1061225206 ***** | Nacionalidad<br>COLOMBIA ***** |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos  
VALENCIA YALANDA DUVAN ANDRES \*\*\*\*\*

|                                                                         |                               |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Documento de identificación (Clase y número)<br>CC No. 1061225206 ***** | Firma<br>YALANDA DUVAN ANDRES |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos  
\*\*\*\*\*

|                                                       |                |
|-------------------------------------------------------|----------------|
| Documento de identificación (Clase y número)<br>***** | Firma<br>***** |
|-------------------------------------------------------|----------------|

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos  
\*\*\*\*\*

|                                                       |                |
|-------------------------------------------------------|----------------|
| Documento de identificación (Clase y número)<br>***** | Firma<br>***** |
|-------------------------------------------------------|----------------|

|                                                       |                                                                                                |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de inscripción<br>Año 2 0 2 1 Mes A B R Día 2 8 | Nombre y firma del funcionario que autoriza<br>OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO<br>Nombre y firma |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                 |                                                                                                                        |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reconocimiento paterno<br>Firma | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento<br>OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO<br>Nombre y firma |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 100;28/04/2021

*[Firma]*

3108687594

Registro válido

**B1**

Fecha de consulta:

03/11/2025

Ficha:

41396001530000020920

Pobreza moderada

**DATOS PERSONALES**

Nombres: AILHIN MEARY

Apellidos: VALENCIA TORRES

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1145832314

Municipio: La Plata

Departamento: Huila

**INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA**

Encuesta vigente:

28/10/2024

Última actualización ciudadano:

28/10/2024

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:

OTONIEL SALAZAR PENNA

Dirección:

Carrera 4 No. 5-09

Teléfono:

8371474

Correo Electrónico:

sisben@laplata-huila.gov.co



## 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 | 1145832314      |
| NOMBRES                  | AILHIN MEARY    |
| APELLIDOS                | VALENCIA TORRES |
| 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. -CM | SUBSIDIADO | 17/03/2022                   | 31/12/2999                          | BENEFICIARIO     |

Fecha de Impresión: 11/03/2025 21:03:38 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 afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

## Consultas de Salud

Anotar los datos significativos para la salud del niño o la niña.

| Fecha         | Edad          | Peso    | Talla | Perímetro cefálico | Próxima visita         | Observaciones                                                                                             |
|---------------|---------------|---------|-------|--------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14 Feb 2023   | 21 M          | 11,8 kg | 79 cm | 47 cm              | Abril 2023             | Sobrepeso<br>Kit K15<br>Diana G.                                                                          |
| 17 Julio 2023 | 26 M.         | 12,5 kg | 83 cm | 47,5 cm            | 17 NOV 2023.<br>Enfem. | Sobrepeso<br>T/E= BQ<br>Angela Domínguez<br>Médico y Cirujano<br>R.M. 55130237<br>Universidades del Cauca |
| 07 Feb 2024   | 2 A.<br>10 m. | 13,7    | 87    | 48 R<br>16 Rb      | 10n 11<br>2025.        | Kit K15<br>Prober<br>E. J. H. H. H.<br>V. H. H. H. H.                                                     |
| 05 Feb 2025   | 3 Años        | 15      | 92,5  | 48                 | Junio 2025             | Christian Andrés Velez<br>MÉDICO Y CIRUJANO UdeA<br>R.M. 40070-20074                                      |
|               |               |         |       |                    |                        |                                                                                                           |
|               |               |         |       |                    |                        |                                                                                                           |
|               |               |         |       |                    |                        |                                                                                                           |

Remisiones: \_\_\_\_\_

| Me protege de                                                                                           | Dosis                                                              | Fecha de Aplicación |        |      | Laboratorio | Número de lote | IPS vacunadora              | Fecha próxima cita |     |      | Nombre del Vacunador    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------|--------|------|-------------|----------------|-----------------------------|--------------------|-----|------|-------------------------|
|                                                                                                         |                                                                    | Día                 | Mes    | Año  |             |                |                             | Día                | Mes | Año  |                         |
| Lactancia materna exclusiva                                                                             | Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |                     |        |      |             |                |                             |                    |     |      |                         |
| Tuberculosis B.C.G.                                                                                     | Única                                                              | 27                  | 04     | 21   | Serum       | 03706007       | HOSP                        |                    |     |      | Nini Vega               |
| Hepatitis B                                                                                             | Recién nacido                                                      | 27                  | 04     | 21   | Serum       | 032040130      | HOSP                        | 27                 | 06  | 21   | Jefe Urdondo            |
| Lactancia materna exclusiva                                                                             | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>            |                     |        |      |             |                |                             |                    |     |      |                         |
| Polio (Oral - IM)                                                                                       | 1ª                                                                 | 02                  | 07     | 21   | Biltoven    | 2027007        | ESE SAN SEBASTIÁN           | 02                 | 07  | 21   | Diana Mavus             |
| PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus                                                                  | 1ª                                                                 | 02                  | 07     | 21   | Serum       | 285040210      | ESE SAN SEBASTIÁN           | 02                 | 09  | 21   | Diana Mavus             |
| Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)                                                  | 1ª                                                                 | 02                  | 07     | 21   | BLAXO S-H   | AROLC774AA     | ESE SAN SEBASTIÁN           | 02                 | 09  | 21   | Diana Mavus             |
| Rotavirus                                                                                               | 1ª                                                                 | 02                  | 07     | 21   | BLAXO S-H   | ASPNB31008     | ESE SAN SEBASTIÁN           | 02                 | 09  | 21   | Diana Mavus             |
| Neumococo                                                                                               | 1ª                                                                 | 02                  | 07     | 21   | BLAXO S-H   | ASPNB31008     | ESE SAN SEBASTIÁN           | 02                 | 09  | 21   | Diana Mavus             |
| Lactancia materna exclusiva                                                                             | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>            |                     |        |      |             |                |                             |                    |     |      |                         |
| Polio (Oral - IM)                                                                                       | 2ª                                                                 | 09                  | SEP    | 2021 | Biltoven    | 2105001        |                             | 09                 | NOV | 2021 | Maria Yicela Salazar    |
| PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus,                                                                 | 2ª                                                                 | 09                  | SEP    | 2021 | SERUM       | 285040340      |                             | 09                 | NOV | 2021 | Maria Yicela Salazar    |
| Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)                                                  | 2ª                                                                 | 09                  | SEP    | 2021 | BLAXO JM    | AROLC842AA     |                             |                    |     |      | Maria Yicela Salazar    |
| Rotavirus                                                                                               | 2ª                                                                 | 09                  | SEP    | 2021 | BLAXO JM    | ASPNB3110A     |                             |                    |     |      | Maria Yicela Salazar    |
| Neumococo                                                                                               | 2ª                                                                 | 09                  | SEP    | 2021 | BLAXO JM    | ASPNB3110A     |                             |                    |     |      | Maria Yicela Salazar    |
| Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva. |                                                                    |                     |        |      |             |                |                             |                    |     |      |                         |
| Polio (Oral - IM)                                                                                       | 3ª                                                                 | 27                  | 7/2022 |      | BILTUVEN    | 2705007        | ESE SAN SEBASTIÁN           | 27                 | 4   | 2022 | Ramiro Lemus            |
| PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus,                                                                 | 3ª                                                                 | 27                  | 7/2022 |      | SERUM       | 28504035B      | ESE SAN SEBASTIÁN           |                    |     |      | Ramiro Lemus            |
| Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)                                                  | 1ª                                                                 | 27                  | 7/2022 |      | SAROP P     | V3C731U        | ESE SAN SEBASTIÁN           | 27                 | 72  | 2021 | Ramiro Lemus            |
| Influenza                                                                                               | 2ª                                                                 | 24                  | 01     | 2022 | SAROP P     | V28871U        | ESE SAN SEBASTIÁN           |                    |     |      | Maria Yicela Salazar    |
| Sarampión Rubéola Paperas (SRP)                                                                         | 1ª                                                                 | 09                  | 05     | 2022 | SERUM       | 0120N126B      | ESE SAN SEBASTIÁN           |                    |     |      | Nelcy Yañed Ramos Vidal |
| Fiebre Amarilla                                                                                         | 1ª                                                                 | 30                  | 12     | 2021 | SAROP P     | V3C08          | ESE SAN SEBASTIÁN           |                    |     |      | Nelcy Yañed Ramos Vidal |
| Neumococo                                                                                               | Refuerzo                                                           | 09                  | 05     | 2022 | BLAXO       | ASPNB321CA     | ESE SAN SEBASTIÁN           |                    |     |      | Nelcy Yañed Ramos Vidal |
| Influenza                                                                                               | Anual                                                              | 21                  | 05     | 2022 | Pharma      | US022006       | ESE SAN SEBASTIÁN           |                    |     |      | Adriana Arce            |
| Hepatitis A                                                                                             | ÚNICA                                                              | 09                  | 05     | 2022 | HELEK       | 0025717        | ESE SAN SEBASTIÁN           |                    |     |      | Nelcy Yañed Ramos Vidal |
| Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)                                                                     | 1ª Refuerzo                                                        | 30                  | 12     | 22   | Serum       | 282606GA       | INTRO E SALUD SUR OCCIDENTE |                    |     |      | Nelcy Yañed Ramos Vidal |
| Polio (Oral - IM)                                                                                       | 1ª Refuerzo                                                        | 30                  | 12     | 22   | Biltoven    | 2201009        | ESE SAN SEBASTIÁN           |                    |     |      | Nelcy Yañed Ramos Vidal |
| Polio (Oral - IM)                                                                                       | 2ª Refuerzo                                                        |                     |        |      |             |                |                             |                    |     |      |                         |
| Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)                                                                     | 2ª Refuerzo                                                        |                     |        |      |             |                |                             |                    |     |      |                         |
| Sarampión Rubéola Paperas (SRP)                                                                         | Refuerzo                                                           | 01                  | 11     | 2022 | SERUM       | 0153001A       |                             |                    |     |      | Diana Mavus             |
| VPH                                                                                                     | 1ª                                                                 |                     |        |      |             |                |                             |                    |     |      |                         |
| VPH                                                                                                     | 2ª                                                                 |                     |        |      |             |                |                             |                    |     |      |                         |
| VPH                                                                                                     | 3ª                                                                 |                     |        |      |             |                |                             |                    |     |      |                         |
| 0411122                                                                                                 |                                                                    | 09                  | 05     | 2022 | HELEK       | 0019269        | ESE SAN SEBASTIÁN           |                    |     |      | Nelcy Yañed Ramos Vidal |
| SARAMPIÓN RUBÉOLA                                                                                       | 1                                                                  | 24                  | 7/2022 |      | SERUM       | 0721052        | ESE SAN SEBASTIÁN           |                    |     |      | Ramiro Lemus            |

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



Protegemos  
tus pasos



### Línea de atención

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

Página web:

[www.segurosmondial.com.co](http://www.segurosmondial.com.co)

### Conoce nuestra red médica



Nº Póliza:

2000563411

Tomador:

FUNDACION GRUPO LIBERTAD

Nombre de Asegurado:

AILHIN MEARY VALENCIA TORRES

ID Asegurado:

1145832314

Vigencia Desde:

2025/11/04

Vigencia Hasta:

2025/11/30

Muerte  
Accidental

\$5.000.000,00

Gastos  
Médicos

\$5.000.000,00

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

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

[www.segurosmondial.com.co](http://www.segurosmondial.com.co)



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-MAR-1996

POPAYAN  
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66

ESTATURA

O+

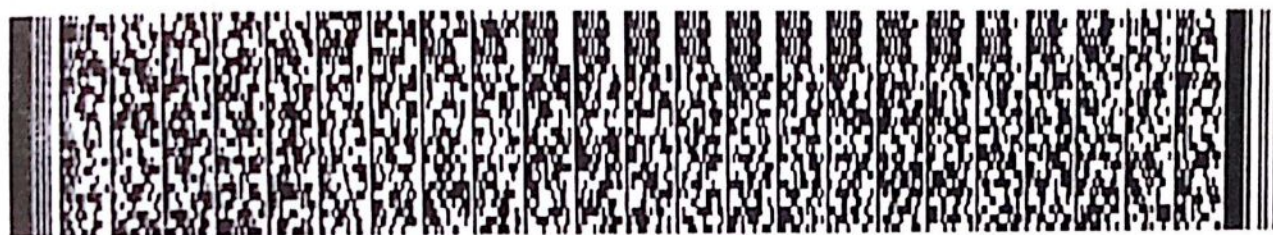
G.S. RH

M

SEXO

09-ABR-2014 INZA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1103100-01104984-M-1061225206-20191021

0068413718G 2

9910334120 m.

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍANUMERO 1.061.225.206  
VALENCIA YALANDA

APELLIDOS

DUVAN ANDRES

NOMBRES

Duvan Andres Valencia

FIRMA



1.17 a. m.



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

22-MAY-1994

LA PLATA  
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

10-JUL-2012 LA PLATA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

1904900-01001893-F-1081414164-20180503

0061003101A 1

9904186616

REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.081.414.164

TORRES ROJAS

APELLIDOS

AYDA NURY

NOMBRES

Ayda Nury Torres Rojas

FIRMA



 INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAR-2001**  
**LA PLATA**  
(HUILA)  
LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.50**  
ESTATURA **O-**  
G.S. RH **F**  
SEXO  
**27-MAR-2019 LA PLATA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO YACHA



P-1904900-01081767-F-1004251758-20190709 0066131932A 1 53253719

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.251.758**  
**TORRES ROJAS**  
APELLIDOS  
**DIANA CAROLINA**  
NOMBRES  
**Diana Carolina Torres**



FIRMA

(a) LUZ DIVA UMBAPU  
C.C. / NIT 51711689  
C 98 13 16  
Municipio: 396 LA PLATA HUILA Rol: 43960011030  
Dirección Postal:  
Ciclo: 176 Sector: 1-LA PLATA

12  
Su código de cuenta NIT  
**774294301**  
Para cualquier consulta  
y pago electrónico  
Factura de venta No.  
**87614457**

| Periodo | Periodo facturado | Pago total | Pago mínimo | Periodos vencidos |
|---------|-------------------|------------|-------------|-------------------|
| 8/ 2025 | 12/07/25-12/08/25 | \$77,290   | \$77,290    | 1 meses           |

| Datos de cuenta  |              |
|------------------|--------------|
| Clase servicio   | Residencial  |
| Estrato          | 1-Bajo Bajo  |
| Zona             | OCCIDENTE    |
| Nivel tensión    | 1-Secundaria |
| Carga instalada  | 38           |
| Tipo liquidación | lectura      |
| Nodo             | T09189-LP2P  |

| Costo unitario prestación del servicio |        |
|----------------------------------------|--------|
| COMPONENTES ELECTROHUILA               |        |
| 1 Comercialización                     | 161.70 |
| 2 Distribución                         | 299.85 |
| TOTAL ELECTROHUILA                     |        |
| MERCADO ENERGIA MAYORISTA              |        |
| 3 Generación                           | 394.29 |
| 4 Transmisión                          | 54.69  |
| 5 Restricciones                        | 79.77  |
| 6 Pérdidas                             | 79.46  |
| TOTAL MERCADO MAYORISTA                |        |
| Costo unitario =                       |        |
| Electrohulla + Mercado                 |        |

| Histórico de consumo  |     |         |                          |     |         |
|-----------------------|-----|---------|--------------------------|-----|---------|
| Año                   | Mes | Consumo | Año                      | Mes | Consumo |
| 2025                  | 7   | 90      | 2025                     | 1   | 61      |
| 2025                  | 6   | 6       | 2024                     | 12  | 45      |
| 2025                  | 5   | 40      | 2024                     | 11  | 56      |
| 2025                  | 4   | 62      | 2024                     | 10  | 56      |
| 2025                  | 3   | 54      | 2024                     | 9   | 37      |
| 2025                  | 2   | 60      | 2024                     | 8   | 1       |
| Promedio de la cuenta |     |         | Consumo mes año anterior |     |         |
| 54                    |     |         | 1                        |     |         |

| Conceptos ElectroHuila |          |
|------------------------|----------|
| Concepto               | Valor    |
| 0 Deuda Capital        | 38,581   |
| 21 Consumo Periodo     | 86,657   |
| 110 Interes moratorio  | 192      |
| 307 Ajuste Decena      | 2        |
| 995 Subsidio           | <51,822> |

| Cálculo actual del consumo |       |              |                         |                |                  |                      |         |
|----------------------------|-------|--------------|-------------------------|----------------|------------------|----------------------|---------|
| Contador                   | Marca | Tipo Medidor | Observación             | Lectura Actual | Lectura Anterior | Factor Multiplicador | Consumo |
| 1-61120066                 | ISK   | A-S          | 0-Toma exitosa de Lectu | 5136           | 5055             | 1                    | 81      |

| Liquidación de consumo |       |       |         |            |            |              |              |
|------------------------|-------|-------|---------|------------|------------|--------------|--------------|
| Contador               | Desde | Hasta | Consumo | Tarifa     | Valor Real | Subsi/Contri | Valor Cobrar |
| 1                      | 1     | 130   | 81 KWh  | \$430.0557 | \$34.857   | 60%          | 534.835      |
| TOTAL                  |       |       |         |            |            |              |              |

| Financiación ElectroHuila |       |
|---------------------------|-------|
| Descripción               | Saldo |
| Tasa de interés 0%        |       |

|                                                                                             |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| CUFE db8eac9eb188ed340226f964476bd2761e64641a9d30801210120ec0754c605406de4af07430120d12e2e9 |                |
| Numero de Factura Electronica EB-4244343 Numero de Factura: 87614457                        |                |
| Fecha de emisión                                                                            | 14/08/2025     |
| Mi último pago fue                                                                          | \$25,980       |
|                                                                                             | 25/06/2025     |
| Tengo plazo de pagar hasta                                                                  | PAGO INMEDIATO |
|                                                                                             | Vencimiento    |
| Me quedo sin servicio a partir de                                                           | PAGO INMEDIATO |
|                                                                                             | Suspensión     |



Valor Energía ElectroHuila

\$73,610

+



Valor Servicio de Aseo

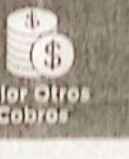
+



Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)

\$3,680

+



Valor Otros Cobros

\$0

=



\$77,290

TOTAL A PAGAR

**LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN**  
Reporta cualquier novedad relacionada con la prestación del servicio  
**01 8000 952 115 | 03134354436**  
PQR: radicacion@electrohulla.co  
www.electrohulla.com.co

**¡Escanea!**  
paga en línea  
Pag: 141  
REPRESENTANTE LEGAL  
DECRETO 2150 DE 1995





|                                                                                                            |                                                                                                                                 |             |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|
| <br>BIENESTAR<br>FAMILIAR | <b>PROCESO</b><br><b>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</b><br><b>FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN</b><br><b>PADRES.</b> | F17.MO12.PP | 11/05/2018    |
|                                                                                                            |                                                                                                                                 | Versión 2   | Página 1 de 1 |

### FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Ayda Nury Torres Rojas identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1081414164 de la Plata, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Ailin Mearj Valencia torre, identificados con NUIP No. 1145832314, usuario de la unidad de servicio **C.D.I LIRIOS DE PLATA BELLAVISTA**, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en **LA PLATA HUILA**, a los 5 días del mes 11 de 202(5)

Datos del padre o acudiente de la/el/los niño(as)

Nombre: Ayda Nury Torres Rojas

Firma: Nury Torres

CC. No. 1081414164

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: SANDRA MILENA FAJARDO CUELLAR

Firma: [Firma]

CC. No: 55132193

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



FUNDACION GRUPO LIBERTAD  
NIT - 900.027.451-0



154

## ACTA DE COMPROMISO DE CORRESPONSABILIDAD - 2025

Yo Aida Nery Torres Rojas identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1081414164 expedida en la Plata Huila.

ME COMPROMETO COMO PADRE DE FAMILIA, ACUDIENTE O ADULTO RESPONSABLE DEL NIÑO(A) Ailin Nery Valencia Torres A:

- ✓ Llevarlo(a) y recogerlo(a) de acuerdo al horario establecido de lunes a viernes entrada 8:00 am y salida 4:00 pm.
- ✓ Recoger personalmente a mi hijo(a) o dar a conocer el nombre y cedula del responsable encargado de transportar a mi hijo a la hora de entrada y salida del CDI. Por ningún motivo mandar a menores de edad a entregar o recoger al CDI a mi hijo(a).
- ✓ En caso de no asistencia al CDI por algún motivo justificable, llevar excusa por escrito.
- ✓ Si el niño(a) se encuentra enfermo lo debo llevar al médico y no al CDI (presentar la formula médica).
- ✓ Llevarlo(a) bien presentado (higiene personal).
- ✓ Participar activamente de las reuniones programadas, colaborando con el registro de asistencia y el registro fotográfico.
- ✓ Apoyar en la elaboración de material pedagógico para el trabajo con el niño(a).
- ✓ Apoyar con el proceso de formación y atención del niño(a) colocando en práctica lo aprendido en el CDI y aconsejándolo(a) sobre el buen comportamiento.
- ✓ No llevarlo(a) al CDI consumiendo golosinas. Por el contrario, brindarle alimentos saludables.
- ✓ Asistir de manera puntual a los controles de crecimiento y desarrollo y actualizar la información de manera inmediata entregándola a la docente titular de mi niño o niña.
- ✓ Asistir de manera puntual y tener al día el carnet de vacunas y actualizar la información de manera inmediata entregándola a la docente titular de mi niño o niña.
- ✓ Inculcar y fortalecer valores como responsabilidad, respeto, puntualidad, lealtad, tolerancia y democracia de mi hijo(a) a través del ejemplo y la convivencia dando continuidad a la evaluación impartida en el hogar.
- ✓ No llevarlo(a) al CDI con juguetes, dinero, elementos de valor ni objetos que generen riesgo.
- ✓ Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) transite al Sistema Educativo Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
- ✓ Dar buen uso al buzón de PQRSF
- ✓ Cumplir con los documentos exigidos para hacer efectiva la matriculación de mi hijo(a).
- ✓ Firmar los formatos o documentos de acuerdo a lo solicitado.
- ✓ Facilitar la información que sea solicitada.
- ✓ Informar de manera oportuna el retiro del niño o niña, diligenciando el respectivo formato.
- ✓ Participar en la conformación del comité de control social, grupos de brigada y comités de padres de familia.
- ✓ Aportar a la carpeta del niño(a) todos los documentos solicitados por el CDI.
- ✓ Respetar y cumplir el conducto regular en caso de peticiones, quejas o reclamos.
- ✓ Mantener buenas relaciones interpersonales que promueven la convivencia pacífica con los padres usuarios y con el personal del Centro de Desarrollo Infantil.

Firma del Padre de Familia: Aida Nery Torres Rojas



**FUNDACION GRUPO LIBERTAD**  
**NIT - 900.027.451-0**



16

## LEY DE PROTECCIÓN DATOS PERSONALES

En nuestra calidad de responsable del uso de la información de nuestros usuarios y grupos de interés, dando cumplimiento a la Ley 1581 de Protección de Datos Personales y el decreto reglamento 1377 de 2013, poniendo a su disposición en el aviso de privacidad, Las políticas de tratamiento de sus datos personales y la autorización del uso de su información personal. Este ultimo se pone a su disposición para que, si esta de acuerdo, sea diligenciado y entregado.

### AUTORIZACIÓN USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

Autorizo al **FUNDACION GRUPO LIBERTAD**, a realizar el tratamiento de mis datos personales y sensibles, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión transferencia y supresión, para los siguientes fines:

- A) Para que la **FUNDACION GRUPO LIBERTAD**, 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.
- B) 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, bajo el compromiso de mantener la confidencialidad de la información.

### DECLARACIONES DEL TITULAR

Yo Aida Nory Torres Rojas Identificado con CC 1081414164  
Expedida en la Plata Hilda Acudiente del menor  
Ailin Neary Valencia Torres Identificado con Registro Civil de Nacimiento Numero  
1145832314

### DECLARO

A) Toda información suministrada por mí **FUNDACION GRUPO LIBERTAD** es verdadera.

B) 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 **FUNDACION GRUPO LIBERTAD** o los encargados del tratamiento.

Conocer el uso que se le ha dado a mis datos personales, previa solicitud de la **FUNDACION GRUPO LIBERTAD**, así mismo, solicitar prueba de la autorización otorgada a la **FUNDACION GRUPO LIBERTAD**, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con la ley.

Para efectos de ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir información, revocar la autorización, entre otros, podre acudir a la **FUNDACION GRUPO LIBERTAD**, como responsable del tratamiento de manera gratuita al área de Gerencia, quienes estarán disponibles en el **CDI LIRIOS DE PLATA BELLA VISTA** del Municipio de La Plata.

Aida Nory Torres R.

Firma usuaria y/o acudiente



**FUNDACION GRUPO LIBERTAD**  
**NIT - 900.027.451-0**



### **PACTO DE CONVIVENCIA**

Yo Aida Nery Torres Rojas, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1081414164 expedida en la Plata Huila me comprometo a cumplir con mis deberes y obligaciones, si no cumplo con esto acepto las acciones contempladas por la EAS y/o en este documento y las correspondientes a mis obligaciones como cuidador o padre de familia impuestas en la Ley 1804 de Primera Infancia, estos deberes fueron propuestos y aceptados al momento de ingresar A la Unidad de servicio.

DEBERES Y OBLIGACIONES QUE DEBO CUMPLIR COMO PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR DEL NIÑO/NIÑA: Artkin Nery Valencia Torres R.C 1145832314 USUARIO DE LA MODALIDAD INSTITUCIONAL - CDI: LIROS DE PLATA BELLAVISTA EN EL MUNICIPIO DE LA PLATA HUILA

1. Cumplir con la documentación establecidos en los lineamientos del programa para el ingreso al del niño(a) CDI.
2. Actualizar documentos del niño(a) cuando se requiera.
3. Inculcar en su hijo(a) el respeto y el aprecio hacia sí mismo, hacia el C.D.I y a todo el personal que labora en UDS, dando ejemplo usted mismo.
4. Firmar acta de compromiso con la EAS al ingreso de los niños/niñas a la UDS. y dar cumplimiento a los deberes y responsabilidades como padre, madre o cuidador responsable
5. Garantizar que quien entrega y recoge al niño o niña en el CDI sea una persona mayor de edad y esté autorizado en el formato de ficha de inscripción, con copia del documento de identidad en la carpeta del usuario de novedades diarias.
6. Garantizar la buena presentación de su hijo(a). uniforme completo, limpio y marcado con el nombre completo. Informar cuando se presenten cambios de domicilios o números telefónicos.
7. Evitar que los niños(as) lleven juguetes o cualquiera otro objeto que se puede llegar a perder, en caso de pérdida del algún objeto que no se ha solicitado con anterioridad por parte de la agente educativa, el CDI se reserva el derecho de responder por el mismo.
8. No dar alimentos antes del ingreso a la Unidad de Servicio CDI.
9. Asistir a la formación a familias en las fechas programadas por la UDS.
10. Utilizar el buzón de sugerencias para manifestar de forma respetuosa y escrita, una petición, queja, un reclamo, sugerencia o felicitaciones, para prestar un servicio de calidad en el C.D.I
11. Permitir que ingresen a la vivienda y atender la visita del equipo interdisciplinario según la necesidad.
12. Cumplir con el horario de entrada 8:00 am y salida 4:00 pm, Si se requiere recoger el niño(a) antes del horario establecido, se debe anticipar a la agente educativa y registrar la novedad justificando la salida antes de la hora indicada.

COMO QUIERO A MI HIJO(A) CUMPO CON MIS DEBERES Y OBLIGACIONES DE PADRE O MADRE RESPONSABLE



**FUNDACION GRUPO LIBERTAD**  
**NIT - 900.027.451-0**



13. Acudir de inmediato cuando se notifique que el niño(a) se encuentra enfermo o novedad especial.
14. No realizar comentarios que dañen la imagen del programa, cualquier inquietud acercarse y preguntar directamente con el Talento Humano de la UDS, seguir el conducto regular.
15. Informar por escrito o mensaje de texto (WhatsApp) la no asistencia niño(a) a la UDS.
16. Cuando el niño(a) presente fiebre, diarrea, gripe o este delicado de salud abstenerse de traerlo al CDI Informar al agente educativo, y llevarlo a una institución de salud.
17. Participar activamente en el desarrollo de las diferentes actividades programadas en el marco del proyecto pedagógico, o cuando lo requiera la UDS.
18. Aceptar y cumplir con los comparendos pedagógicos, impuestos por la UDS cuando no cumpla con deberes y obligaciones como padre, madre y cuidador responsable del niño(a).
19. Colaborar con jornadas de embellecimiento y aseo en la UDS.
20. Respetar los horarios de atención que tienen la agente educativa y no escribirles de manera privada en horarios fuera de este, exceptuando casos o situaciones especiales que lo ameriten
21. El servicio que se brinda a todas las familias usuarias del programa es totalmente gratis.

Comuníquese y cúmplase en el municipio de PLATA HUILA a los \_\_\_\_ días del mes de octubre del año 2025

FIRMA

PADRE, MADRE, CUIDADOR RESPONSABLE: Aida Norel Torres Rojas

C.C.Nº: 1081414164 DE La Plata Huila

COMO QUIERO A MI HIJO(A) CUMPO CON MIS DEBERES Y OBLIGACIONES DE PADRE O MADRE RESPONSABLE



**FUNDACION GRUPO LIBERTAD**  
**NIT - 900.027.451-0**  
**SEGUIMIENTOS AL DESARROLLO**



### SEGUIMIENTO AL DESARROLLO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | FECHA DE REGISTRO DEL SEGUIMIENTO:                      | 25 DE NOVIEMBRE DEL 2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NOMBRE Y EDAD DEL USUARIO EN AÑOS Y MESES:              | AILHIN MEARY VALENCIA TORRES<br>4 años 10 Meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NOMBRE DEL AGENTE EDUCATIVO QUE REALIZA EL SEGUIMIENTO: | SANDRA MILENA FAJARDO CUELLAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NOMBRE DEL CDI:                                         | LIRIOS DE PLATA BELLAVISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| AVANCES Y POTENCIALIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         | ASPECTOS A FORTALECER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p>Es una niña que disfruta que es alegre participar las diferentes actividades lúdico pedagógicas en el cual se le enriquece su aprendizaje donde ya identifica colores tiene presente conceptos asocia imágenes tiene dominio de su cuerpo sigue instrucciones lleva la secuencia de ejercicios tiene presente las acciones de buen trato las pone en práctica disfruta de observar los diferentes espacios alusivos a la Navidad es cuidadosa disfruta de observar esos espacios alusivos a la Navidad y se siente segura de sus aprendizajes significativos el cual ha enriquecido a través de las diferentes experiencias lúdico pedagógicas compartidas durante el mes</p> |                                                         | <p>se le recomienda continuar con el fortalecimiento de experiencias lúdico pedagógicas para fortalecer el seguimiento de instrucciones normas de reglas para que contribuyan con el fortalecimiento de su aprendizaje agradecerles por el tiempo compartido durante la vigencia 2025 donde nos quedamos con los mejores recuerdos plasmados llenas de amor alegría y diversión y de esta manera entonces culminan su estadía en el cdi y ya se disponen a continuar en su nueva experiencia.</p> |

