

 Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS NIÑO/A PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

UDS: KWESX FXIW WESX-SEMILLITAS DE AMOR 1

PARTICIPANTE: JOSUE ELIOTH MESA EXECUE

RC X No. 1084870918



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotografía física, va sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	Si		
Fotocopia del documento de identidad (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez			
Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF. – ó Acta de visita para criterios de focalización	Formalización del cupo	Actualización cada 3 meses	Si		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo y Seguimiento	Cada 3 meses	Si		

 Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo	Seguimiento	Cada vez que el participante asista a la valoración según esquema establecido	Si		
Copia del carnet de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el participante asista según el PAI	Si		
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. (Copia del Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año	Si		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	Si		
Formato escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
Formato autorización uso de imágenes	Formalización del cupo	Una sola vez	Si		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya novedades	Si		
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez			
Fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia		no	



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 61178168
Serial

NUIP 1.084.870.918

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaria ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código L Z A

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

REGISTRADURIA DE IQUIRA - COLOMBIA - HUILA - IQUIRA

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

MESA

EXECUE

Nombre(s)

JOSUE ELIOTH

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año 2022 Mes AGO Día 25 MASCULINO 0 POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA IQUIRA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

52602325-4

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

EXECUE ACHICUE BLANCA VANESA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.084.577.799

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

MESA CAPAZ GERARDO

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.084.576.654

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MESA CAPAZ GERARDO

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC 1.084.576.654

Gerardo Mesa Capaz

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 2022 Mes SEP Día 21

MAGNOLIA GONGORA TRUJILLO - REGIS

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

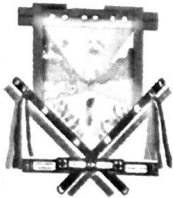
Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -





PUEBLO NASA
REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL HUILA
MUNICIPIO DE NÁTAGA
RESGUARDO INDÍGENA DE LLANO BUCO (BUKJ UKUE)
NIT No 813009725-1

CERTIFICADO

La suscrita Erika Paola Arango Cayapu, en calidad de autoridad política del Resguardo Indígena de Llano Buco (Bukj Ukue), municipio de Nátaga

CERTIFICA

Que **Josue Elioth Mesa Execue**, identificada Registro Civil N° **1.084.870.918**, es indígena reconocido del pueblo Nasa. Nacido y criado dentro del territorio del Resguardo Indígena de Llano Buco, ha vivido en armonía con nuestras tradiciones, compartiendo y practicando los usos y costumbres propios de nuestra comunidad.

Además, su labor ha contribuido al fortalecimiento de la identidad cultural y al desarrollo del tejido social, promoviendo los valores ancestrales del pueblo Nasa y el bienestar del territorio.

Dado y firmado a los 11 días del mes de septiembre de 2025, en la oficina del Cabildo Indígena de Llano Buco, Nátaga, Huila.

Firman

ERIKA PAOLA ARANGO CAYAPU
Gobernadora Principal
CC. 1.084.868.979

ABDÍAS CUSPIAN CUETUMBO
secretario general
CC.1.002.980.013

TODOS POR LA DEFENSA DEL TERRITORIO, LA VIDA Y LA ARMONÍA DE LOS
PUEBLOS ORIGINARIOS.

Resguardo indígena de Llano Buco (Bukj Ukue), cel. 3157204399 email:
resguardollanobuco@gmail.com



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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1084870918
NOMBRES	JOSUE ELIOTH
APELLIDOS	MESA EXECUE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	IQUIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/02/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 09/15/2025 19:11:55 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 la **Fecha de Finalización de Afiliación** es la fecha en la cual se encuentra vinculada con la entidad.

QUIEN SOY

Nombres y Apellidos: Josue Elioth Mesa Exeque
Edad: _____ Año: _____ Mes (es) _____
Identificación: 1084.870.918 T. Sangre OK
Nombre de Mama: Blanca Vanesa exeque Ocupación Ama de casa
Nombre de Papa: Gerardo Mesa Copo? Ocupación: Agricultor
Dirección: Resguardo Bky Utue Tel. o Cel. _____

DATOS PERSONALES DE REGISTRO DE CRECIMIENTO

Información de Nacimiento

Fecha de Nacimiento DD: 25 MM: Agosto AA: 2022
Recién Nacido: Pretermino _____ A termino _____ Edad Gestacional 40
Embarazo: Único 1 Múltiples _____ No. De Gestaciones 3
Lugar que ocupa entre los hermanos 3
Peso 3780 Grs. Talla 51 cms. Perímetro Cefálico _____ cms.
Tiene Hermano Menor: Si _____ No _____ Fecha de Nacimiento _____
Alimentación: _____
Edad introducción de alimentos diferentes a la leche materna _____
Edad en que se suspende la lactancia materna Semanas _____ Meses _____

CUIDADOS GENERALES

- Bañe la niña o niño todos los días
- Lávele las manos y los dientes
- Córtale las uñas
- Póngale zapatos cuando camine
- Permita que la niña o el niño juegue y dedique tiempo a jugar con ella
- Involucre la niña o niño en las actividades de la familia
- Hable con la niña y responda con amor sus intentos de comunicarse
- Permita que la niña o niño se mueva libremente
- No castigue, engañe, ni asuste a la niña o niño para obligarlo a obedecer
- Explíquele con cariño las cosas que no debe de hacer
- No exija que la niña o niño se acerque a los enfermos
- Exprese afecto a la niña o niño
- Alce, abraze y acaricie al niño o niña

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIDO	
				SI	NO
2023	Marzo	20		✓	Daniel
2023	Junio			X	Rosalva
2023	Septiembre	13		X	Rosalva
2024	Marzo	11			
2024	Sept	16		X	
2025	marzo	25		X	
2025	agosto				

FORMULARIO DE REGISTRO

Fecha de Toma de Medida	Edad en años y meses	Peso en Kilogramos.	Talla en Centímetros	Evaluación
27-12-22	4 M	7.7 Kg	64 cm	Rx Sobrepeso Menor Saludable
20-03-23	6 M 25 días	8.6 Kg	68 cm	Niño Sano.
13-6-23	9 Meses.	9.4 Kg	72 cm	Niño sano
11-9-23	12 meses	10.1 Kg	75.4 cm	Niño sano
11-03-24	18 meses	11.2 Kg	80 cm	PT Adecuado RA bastante
16-09-24	2 A - 0 M	11.5 Kg	83.5 cm	PT Adecuado RA buena talla
16-11-24	31 Mes	13.3	88.2 cm	Rx talla baja

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO

Resultado Tamizaje Neonatal									
TSH neonatal	Normal	Alterado							
Auditivo OEA/PEAA	Normal	Alterado							
Cardiopatía Congénita Compleja	Normal	Alterado							
Visual	Normal	Alterado							

ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA

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

Edad	Fecha		Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla	
Al mes						
2 a 3 meses						
4 a 5 meses						
6 a 8 meses						
9 a 11 meses						
12 a 17 meses						
18 a 23 meses						
24 a 29 meses						
3 años						
4 años						
5 años						

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	
2.ª entrega	
3.ª entrega	

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m	
1 año	
2 años	
3 años	
4 años	
5 años	

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	
2.ª entrega	
3.ª entrega	
4.ª entrega	
5.ª entrega	

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años	
4 años	
5 años	

* Menor o igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meningea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus, neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años:

0 meses

2 meses

12 meses

4 meses

7 meses

18 meses

6 meses

5 años



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



La salud es de todos

Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: JOSE ELIASH MORA

Fecha de nacimiento: 25-Agosto-2022.

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1084870918

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3870 Talla:

Dirección:

Teléfono 1: 3166286466

Teléfono 2:

Responsable: Gladys Vanessa exerce A.

Municipio de residencia:

1084870918

Departamento:

Busca ya las vacunas gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @mnsaludcol

 Huellas de Amor Para tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

ACTA DE COMPROMISO Y CORRESPONSABILIDAD CON PADRES DE FAMILIA Y/O CUIDADORES

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UCA Kwesx Gxiw wesx, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio CORHUELLAS. Manifiesto que he sido informado sobre las responsabilidades que me asisten en el marco del Código de Infancia y Adolescencia contemplado en la Ley 1098 de 2006, el cual expresa con relación al sentido de corresponsabilidad de la familia lo siguiente:

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

En atención a lo anterior, en el marco de las acciones de responsabilidad parental, es mi interés manifestar el compromiso en el proceso de atención a la primera infancia de mi hijo (a): Josue Elioth Mesa Excecon RC No 7084870978. Para ello me comprometo a:

- 1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al Unidad de Servicio, 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 UCA, 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 UCA
- 4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira a mi hijo(a) de la UCA.
- 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.

 Huellas de Amor Para tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

NOTA: En caso de no contar con alguno de los documentos mencionados, informar en la UCA para activar la Ruta Interinstitucional que contribuya a garantizar una atención integral para mi hijo(a).

- 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 01 del mes Septiembre del año 2025, en el Municipio de Nataga.

Bianca Vanessa Escobar
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Sandra Lucila Cupe
AGENTE EDUCATIVA

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	F2.P2.CE	15/07/2021
		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 Josue Elioth Mesa Exeque, identificado (a) con documento de identidad número 1084870918, 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, Blanca Vanesa Exeque, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1084577799, 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 CORHUELLAS, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa PROPIA E INTERCULTURAL

Suscriben:

Firma: Blanca Vanesa Exeque
 Nombre: Blanca Vanesa Exeque
 Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
 Teléfono de contacto: _____
 Fecha: _____
 Municipio: _____

¡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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.	F17.MO12.PP	11/05/2018
		Versión 2	Página 1 de 1

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Blanca Vaneza Exeque Achique, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 7.084.577.799 de Natuga, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Josue Elioth, identificados con NUIP No. 7084870918, usuario de la unidad de servicio Kwesx Fxiw wesx, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Natuga, a los 7 días del mes Septiembre de 2025

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

Nombre: Blanca Vaneza Exeque

Firma: Blanca Vaneza Exeque

CC. No. 1084577799

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Sandio Lucila Cupuz

Firma: Sandio Lucila Cupuz

CC. No. 55730843

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.084.577.799

EXECUE ACHICUE

APELLIDOS

BLANCA VANESA

NOMBRES

Blanca Vanesa Execue

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-NOV-1992

PAEZ (BELALCAZAR)
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.51

O+

F

ESTATURA

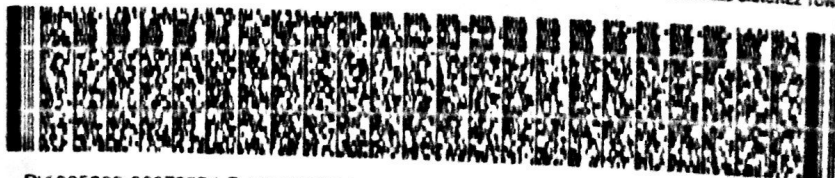
G.S. RH

SEXO

26-NOV-2010 NATAGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1905000-00273854-F-1084577799-20101227

0025327188A 1

28310391

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.084.576.654**
MESA CAPAZ

APellidos
GERARDO

Nombres

Gerardo
FINIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-JUL-1987**
PAEZ (BELALCAZAR)
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

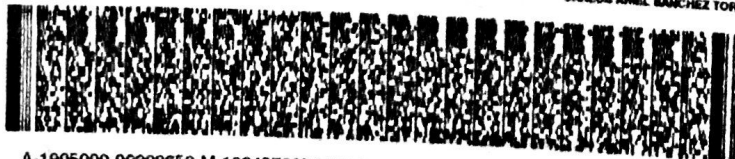
1.59
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

22-ABR-2006 NATAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Arnel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARNEL SANCHEZ TORRES



A-1905000-00209650-M-1084576654-20100119

0020119149A 1

28311492

0074007/100107-0000

ElectroHullaTransmisiones de energía
Nit 89.180.001-1

SU CODIGO CUENTA NIU

294149003

Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohulla.com.co FT-CFE-05-001AUTOKETENEDORES DE KENYA REGOL. No 047-2007
DIAN EXONERADO AUTORIZACION NUMERACION ART. 4
REGOL. 000050 DEL 14/07/10 DIAN HOMOS GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTOKETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 08/01/99 DECRETARIA DE INCIENDA DE NEIVA

FACTURA DE VENTA No. 87506872

TOTAL A PAGAR

\$ 5.900

Documento equivalente según
artículo 17 Decreto 1001/97

FECHA DE VENCIMIENTO 20/AGO/2025

FECHAS DE 10/JUN/2025
LECTURAS 05/AGO/2025
FECHA SUSPENSIÓN 22/AGO/2025

INFORMACIÓN CLIENTE

Cliente	CAPAZ MARGARITA	Nit CC	215658
Dirección	VDA LLANO DE BUCO	Ruta	6150070350
Municipio	IQUIRA	Ciclo	094
Clase Servicio	Residencial	Estrato	2

INFORMACIÓN TÉCNICA

Nivel Tension	1 SECUNDARIA	Circuito	6580280
Carga Contratada	288	Nombre	
Grupo	4	Atrasos	0

INFORMACIÓN CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec. Actual	Lec. Ante.	Factor	Consumo (kwh)
823689	SKA	A	S	00	3698	3687	1	11

Promedio Cuenta 10

Consumo Año Anterior 2

Consumo Anterior 2

ULTIMOS CONSUMOS

CALIDAD DEL SERVICIO

Mes Consumo		FIU:	DIU:	HC:
JUL	11	EC:	VC:	VCD:
MAY	4	VCF:	CEC:	
MAR	15	Valor Compensar		
ENE	11	ULTIMO PAGO		
NOV	5	Fecha 24/05/2025		
SEP	5	Valor \$ 2128		
JUL	2			

JUL MAY MAR ENE NOV SEP JUL

LIQUIDACIÓN CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa(\$/kwh)	Valor Total(\$)	Consumo(kwh)	Tarifa(\$/kwh)	Valor Total(\$)
5.5	1028.4586	5657			
5.5	1053.8407	5884			

Valor Total Energía del Periodo	\$ 11.541
Valor (Subsidio/Contribución %)	\$ - 5.837
Valor Total Energía Facturado	\$ 5.804

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES	OTROS CARGOS	Valor
CONSUMO PERIODO	\$ 11.541	ALUMBRADO P	\$ 0
AJUSTE DE TENA	\$ - 4	VALOR ELECTROHULLA	\$ 5.900
SUBSIDIO	\$ - 5.637		

TOTAL A PAGAR

\$ 5.900

ELECTRODOMESTICOS

FINANCIACIONES

CONVENIO	C PEND	TOTAL CON	VALOR	FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	VALOR
----------	--------	-----------	-------	--------------	--------	-----------	-------

FOES: Consumo Kwh 8Kwh Valor \$ No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 394.0 Tm: 54.0 PRn,m: 79.0 Dn,m: 299.0 Rm: 79.0 Cv,m: 1
 61.0 CUv,n,m: 1069.8407 (\$/Kwh)

CREDIVALORES

BALDO	CAPITAL	INT. CORRIENTE	INT. MORA
-------	---------	----------------	-----------



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.segurosmondial.com.co

N° Póliza:

2000648401

Tomador:

CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado:

JOSUE ELIOTH MESA EXECUE

ID Asegurado:

1084870918

Vigencia Desde:

2025/09/03

Vigencia Hasta:

2026/02/24

SEGUROS
VIGILANTE

\$5.000.000,00

SEGUROS
VIGILANTE

\$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