

 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: KEIMER IVAN CHINDICUE PECOPAQUE

RC X No. 1084870748



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	SI		
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			
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	Si		
Fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia	Si		



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

59252782

NUIP

1.084.870.748

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒

Noaria ☐

Número ☐

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

L Z A

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

REGISTRADURIA DE IQUIRA - COLOMBIA - HUILA - IQUIRA

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

CHINDICUE

PECOPAQUE

Nombre(s)

KEIMER IVAN

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año

2021

Mes

AGO

Día

14

MASCULINO

0

POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA IQUIRA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

AUTORIZACION INDIGENA PUEBLO NASA

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

CHINDICUE PECOPAQUE DIANA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.084.870.051

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

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CHINDICUE PECOPAQUE DIANA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC 1.084.870.051

Diana Paola Chindicue

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

2021

Mes

SEP

Día

15

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, REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL HUILA, MUNICIPIO DE IQUIRA, NATAGA, TESALIA Y PAEZ
DEPARTAMENTO DEL CAUCA, RESGUARDO INDÍGENA NASA PAEZ HUILA
Resolución No 008 del 22 de Julio 2003
Ministerio del Interior Asuntos Étnicos
NIT. 813.008.918-1



EL SUSCRITO GOBERNADOR Y SECRETARIA DEL CABILDO INDIGENA HUILA, EN USO DE SUS FACULTADES CONSTITUCIONALES OTORGADAS POR EL ARTÍCULO 246 DE LA CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA Y DE LAS LEGALES OTORGADAS POR LA LEY 89 DE 1890, LEY 21 DE 1991, BAJO AUTONOMIA ADMINISTRATIVA, POLITICA, SOCIAL Y JURIDICA DENTRO DEL TERRITORIO Y CONVENIO 169 DE LA OIT.
QUE EN CONCORDANCIA CON EL CABILDO INDÍGENA BAJO LAS NORMAS CONFERIDAS POR LA LEY 89 DE 1890 EN SUS ARTÍCULOS 5 Y 7, POR EL CONVENIO 169 DE LA OIT RATIFICADO POR LA LEY 21 DE 1991, EN LOS COMPONENTES ESENCIALES CON LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y DE DERECHOS ESPECIALES DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y CON LA PROTECCIÓN DE LOS PUEBLOS

CERTIFICA:

Al comunero **KEINER IVAN CHINDICUE PECOPAQUE** Identificado con RC N.º **1084870748** expedida en el municipio de Iquira (Huila) es comunero del Resguardo Indigena Nasa Paéz Huila censado en la vereda de San Miguel, quien conserva su identidad cultural, social, política y económica, reside en este territorio indigena. El comunero participa activamente en los trabajos comunitarios organizados por el cabildo desde el punto de vista político organizativo y cultural, misión encomendada de acuerdo a los usos y costumbres tradicionales del pueblo Nasa.

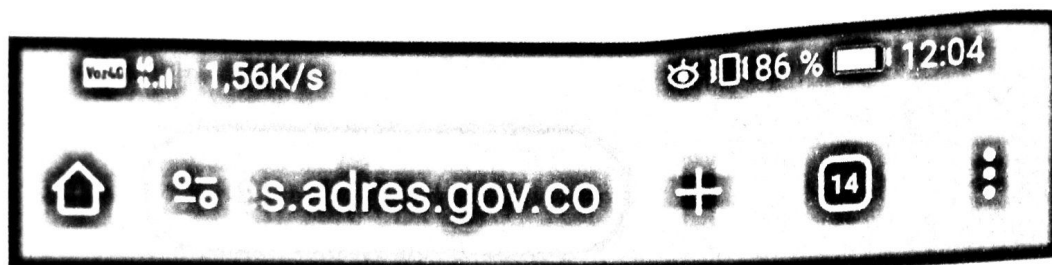
El certificado es expedido por el cabildo indigena del Huila, bajo toda responsabilidad penal o civil; pedimos a todas las autoridades civiles y entidades; demás prestarle su colaboración, a favor del comunero interesado.

El cabildo da fe de lo dicho asumiendo toda responsabilidad penal y civil a que halle lugar con el reconocimiento de la jurisdicción indigena de la constitución de 1991 dentro sus sistemas de protección social y las contrarias a estas serán sancionadas por la ley 89 de 1.890.

Dado y firmado en el Resguardo Indigena Nasa Páez Huila a los dos (2) días del mes de octubre del año dos mil veinticinco 2025

DAVID ANTONIO CUETETUCO
C.C 7.685.022 de Neiva (H)
Autoridad principal
Territorio Indigena Nasa Páez Huila

JHON ALEXI CAPAZ SILVA
C.C 1.004.491.533 de Iquira (H)
secretario principal
Territorio Indigena Nasa Páez Huila



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
del Sistema General de Seguridad
Social en Salud

Resultados de la consulta Información Básica del Afiliado

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1084670746
NOMBRES	KEIMER IVAN
APELLIDOS	CHINDICUE PECORQUE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	IGUIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE INGRESO	FECHA DE VENCIMIENTO	OTROS DATOS
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/02/2025	31/12/2999	BENE

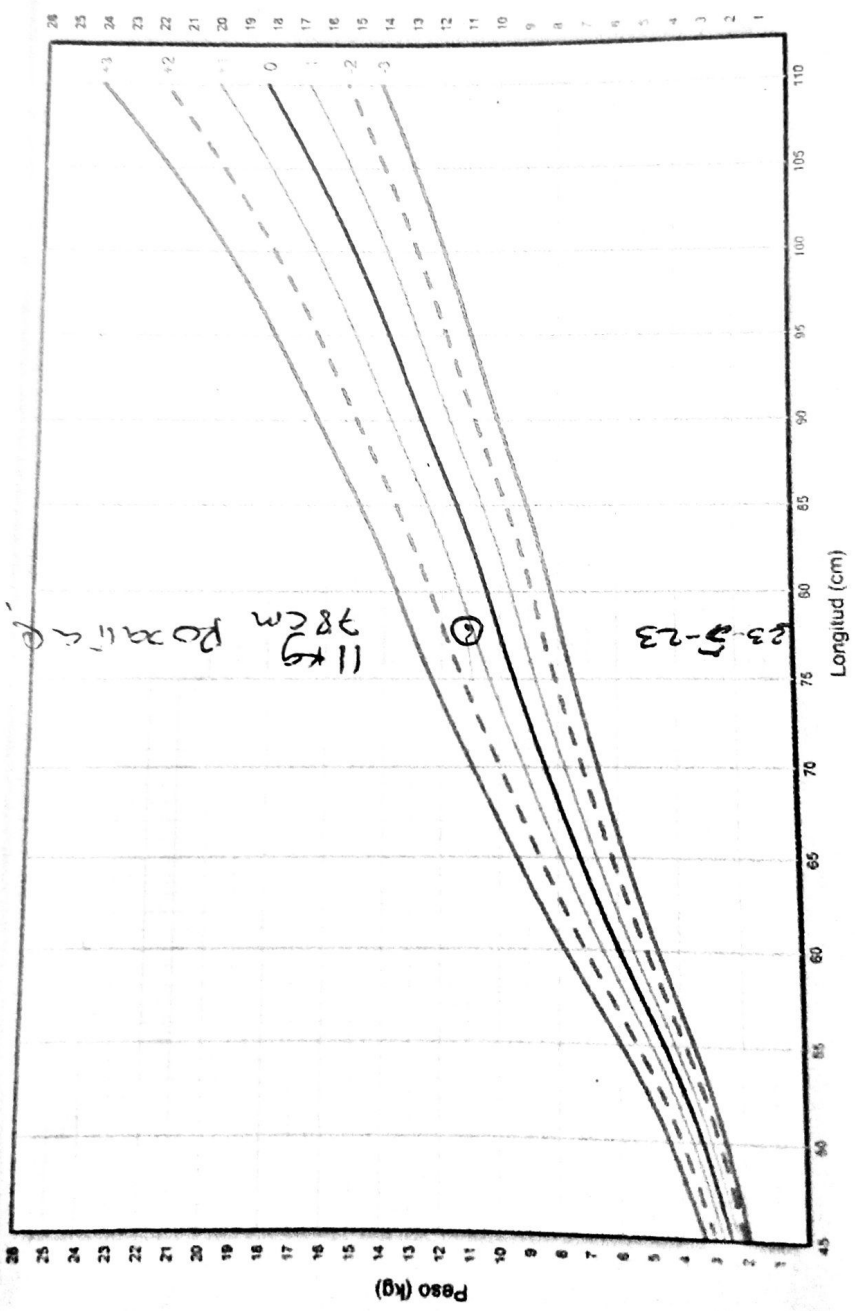
Fecha de impresión: 10/15/2025 11:11:37 Estación de origen: 192 168 70 220

La información registrada en esta página es
reflejo de lo reportado por las entidades del
Régimen Subsidiado y el Régimen
Contributivo en cumplimiento de la

AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIDO	
				SI	NO
2023	MAYO	23		X	
2023	Noviembre				
2024	MAYO	21	—	—	✓
2024	Septiembre	17	9+30	✓	
2025	Septiembre				
2015	octubre	10	11:00	✓	
2016	octubre				

Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



FORMULARIO DE REGISTRO

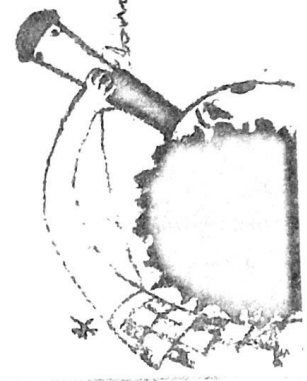
Fecha de Toma de Medida	Edad en años y meses	Peso en Kilogramos.	Talla en Centimetros	Evaluación.
23-5-23	1A 9 M	77	78	P/T Riesgo sobrepeso
21-11-23	2A 3M	12.8 Kg	89cm	P/T Adelgazando Rx Talla baja
17-04-24	3A - 1m	14.5 Kg	89.5cm	Rx sobrepeso Rx baja talla
10/16/2025	4A - 2+1	17.5 Kg	99 cm	Rx talla baja



**Vacunas al día,
se la ponemos fácil:**

CARNÉ DE VACUNACIÓN
Nombre: CLAUDIA YON. CHAND
Fecha de nacimiento: 15 Agosto 201
No de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: 1094810748
Sexo: F
Grupo sanguíneo: _____
Peso al nacer: 3990
Dirección: Son. Wye
Teléfono: _____
Responsable: Lic. Dny
Municipio de residencia: San Carlos
Departamento: San Carlos

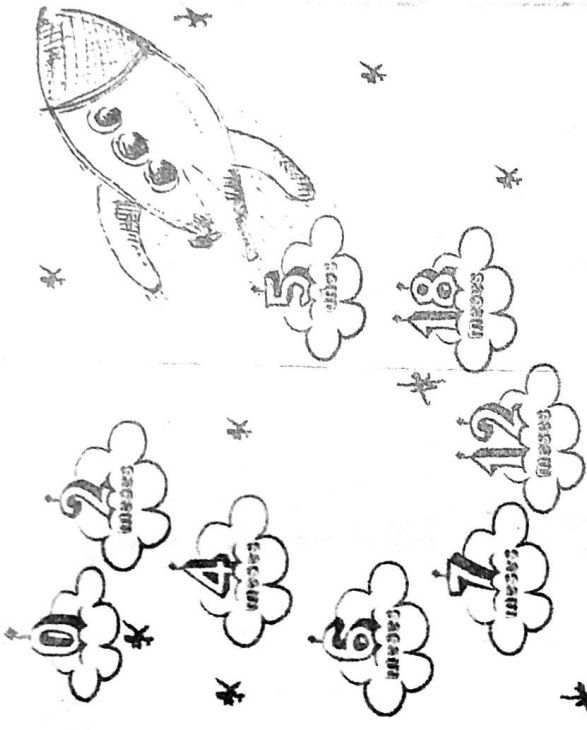
Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



**PROSPERIDAD
PARA TODO**

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 tuberculosas, 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.minisalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

**de cero
o siempre**



Exíjalo

los los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI.

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

todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de hacer para estudio de hipotiroidismo.

Reportado TSH:
Verificación:
Firma que verificó:

Registro Civil:

Edad	Fecha de Nacimiento	Lactancia materna exclusiva	Aplicación	Día Mes Año	Día Mes Año	Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia
2 Meses		Lactancia materna exclusiva Tuberculosis B.C.G. Hepatitis B Polio (Oral - IM) PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Toserfina - Tétano (DPT) Rotavirus Neumococo	SI No				
4 Meses		Lactancia materna exclusiva Polio (Oral - IM) PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Toserfina - Tétano (DPT) Rotavirus Neumococo	SI No				
6 Meses		Continúe la lactancia materna hasta que cumple dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva. Polio (Oral - IM) PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Toserfina - Tétano (DPT) Influenza Influenza Sarampión Rubéola Paperas (SRP) Fiebre Amarilla Neumococo Influenza Hepatitis A	SI No				
7 Meses							
12 Meses							
18 Meses							
5 Años							
Niñas 9 Años o más							
Vacunas complementarias otras dosis							

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.

[illegible]

 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 Natagüa.

Diana Paola Chiriquie
 PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

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

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

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Diana Paola Chindive, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 7084870051, 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: _____
 Nombre: Diana Paola Chindive
 Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
 Teléfono de contacto: _____
 Fecha: _____
 Municipio: Natagá

¡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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **1.084.870.051**

CHINDICUE PECOPAQUE

APELLIDOS

DIANA PAOLA

NOMBRES

Diana Paola

chindicue



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-ABR-1999**

PAEZ (BELALCAZAR)
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.42
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

15-AGO-2017 IQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-1904600-00943958-F-1084870051-20171006

0057903156A 1

48432611

	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 Diana Paola Chindicue Pecopuyue identificado con Cédula de Ciudadanía No. 7084 870 057 de Iquira, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Reimer Ivon Chindicue Pecopuyue, identificados con NUIP No. 7084 870 748, usuario de la unidad de servicio KWESX SXIW WESX, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

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

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

Nombre: Diana Paola Chindicue

Firma: Diana Paola Chindicue

CC. No. 7084 870 051

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Sandra Lucila Cupuz

Firma: Sandra Lucila Cupuz

CC. No. 55 730 843

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

www.electrohulla.com

ElectroHulla
Transmisión buena energía
Nº 29 180 001-1

SU CODIGO CUENTA NIU

294149003

Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohulla.com.co FI - CFE - 05 - 001AUTORETENEDORES DE RENTA REBOL. No. 047/2002
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART. 4
REBOL. 000000 DEL 14/07/16 DIAN BOMBO GRANDE
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 08/01/99 SECRETARÍA DE HACIENDA 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 19/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	QUIRA	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

ÚLTIMOS 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	24/06/2025	
	SEP	5	Valor \$	2120	
JUL	2				

LIQUIDACIÓN CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa(\$/kwh)	Valor Total(\$)	Consumo(kwh)	Tarifa(\$/kwh)	Valor Total(\$)
5.5	1028.4586 =	5657			
5.5	1069.8407 =	5884			

Valor Total Energía del Periodo	\$	11.541
Valor (Subsidio/Contribución %)	\$	- 5.637
Valor Total Energía Facturado	\$	5.904

DETALLE DE CUENTA

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

TOTAL A PAGAR

\$ 5.900

ELECTRODOMÉSTICOS

CONVENIO C PEND TOTAL COM BALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION C PEND TOTAL FIN BALDO FIN CUOTA

POEB: Consumo Kwh

\$/kwh

Valor \$

No Factura

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gm: 394.0 Tm: 54.0 PRn,m: 79.0 Dn,m: 288.0 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:

N° Póliza:

2000548401

Tomador:

CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado:

KEIMER IVAN CHINDICUE PECOPAQUE

ID Asegurado:

1084870748

Vigencia Desde:

2025/09/03

Vigencia Hasta:

2026/02/24

\$5.000.000,00

\$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: 3274712113

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935