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 2
PARTICIPANTE: THIAGO ALEXANDER OCCA CHAPEÑO
RC X No. 1079413951



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	X		
Fotocopia del documento de identidad (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez	X		
Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF. – ó Acta	Formalización del cupo	Actualización cada 3 meses	X		

de visita para criterios de focalización			X		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo y Seguimiento	Cada 3 meses	X		
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	X		
Copia del carnet de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el participante asista según el PAI	X		
Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.		X	
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (Copia del Carnet)	Formalización del cupo y seguimiento	Cada año		X	
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.	Formalización del cupo	Una sola vez	X		

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
39295750-1

64188708

NUIP 1.079.413.951

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64188708

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código K Z Y

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

REGISTRADURIA DE TESALIA - COLOMBIA - HUILA - TESALIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
OCCA	CHAPEÑO

Nombre(s): THIAGO ALEXANDER

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes JUL Día 04	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA HUILA NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	25078510218790

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: CHAPEÑO PETE INGRITH TATIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.084.576.549	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: OCCA GUGU JHONATAN ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.077.228.992	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CHAPEÑO PETE INGRITH TATIANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.084.576.549	Ingrith Tatiana Chapeño P.

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 2025 Mes AGO Día 08	DIOGENES ORTIZ BRAND - REGISTRADO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Jhonatan Alexander Occa Gugu Firma	DIOGENES ORTIZ BRAND Registrador Municipal del Estado Civil

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL
TESALIA - HUILA
08 AGO 2025
FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

DIÓGENES ORTIZ BRAND

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

dispapeles 61657

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 **Thiago Alexander Occa Chapeño**, identificada Registro Civil N° **1.079.413.951**, 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

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	1079413951
NOMBRES	THIAGO ALEXANDER
APELLIDOS	OCCA CHAPEÑO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	IQUIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	04/07/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 10/14/2025 19:49:43 | **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

QUIEN SOY

Nombres y Apellidos: Thiago Alexander occo Chapeton

Edad: _____ Año: _____ Mes (es) _____

Identificación: 1.079413957 T. Sangre O+

Nombre de Mama: Ingri Chapeton Ocupación _____

Nombre de Papa: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Tel. o Cel. _____

DATOS PERSONALES DE REGISTRO DE CRECIMIENTO

Información de Nacimiento

Fecha de Nacimiento DD: 4 MM: 07 AA: 25

Recién Nacido: Pretermino x A termino _____ Edad Gestacional 34

Embarazo: Único x Múltiples _____ No. De Gestaciones _____

Lugar que ocupa entre los hermanos 1ero

Peso 2135 Grs. Talla 45 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
- Córtele 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, abrace y acaricie al niño o niña

Thiago Alexander Oca

CITAS PROGRAMADAS

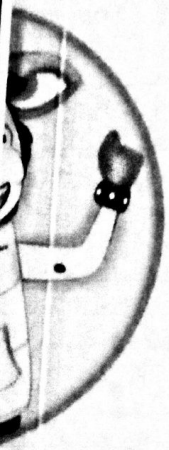
AÑO	MES	DIA	HORA	CUMPLIDO SI	CUMPLIDO NO
2025	11 sep	6			
2025	Noviembre	12	Medio	x	
2026	Enero	4			

FORMULARIO DE REGISTRO

Fecha de Toma de Medida	Edad en años y meses	Peso en Kilogramos.	Talla en Centimetros	Evaluación
6/10/25	3M.	4.5 kg	54cm	P/E normal. Inc 0.5 kg. P/E bajo. P/T para edad. T/A para edad.
10/11/25	4 m 5	6.415 kg	59 cm	

ermedades.

atitis B, Poliomielitis (VIP), causadas por *Haemophilus* ia, Tétanos (Pentavalente), itis, meningitis bacteriemia l respiratoria causada por el ola, Parotiditis (Triple Viral), Cáncer causado por Virus de



on seguras idas

Día!

n Social
ención
nsmisibles
rmedades

nes (PAI)

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 materna							
Seguimiento a la atención en salud para la promoción y apoyo a la lactancia materna							

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

Edad	Fecha (D M A)	Valoración Nutricional				Valoración del Desarrollo												Profesional que atendió perfil
		Peso	Talla	PC	Punt. Z	Motor Grueso			Motor Fino			Audición y Lenguaje			Personal Social			
						A	R	SP	A	R	SP	A	R	SP	A	R	SP	
3 a 5 días																		
Al mes																		
2 a 3 m.																		
4 a 5 m.																		
6 a 8 m.																		
9 a 11 m.																		
12 a 17 m.																		
18 a 23 m.																		
24 a 29 m.																		
30 a 35 m.																		
3 años																		
4 años																		
5 años																		

A Desarrollo adecuado para la edad R Riesgo de problema en el desarrollo SP Sospecha de problema en el desarrollo

Atención en Salud Bucal							
A partir de los 6 meses				Un año			
Dos años				Tres años			
Cuatro años				Cinco años			

Valoración de la Salud Visual - Agudeza Visual							
Tres años				Menor o igual a 20 normal			
Cuatro años				Menor o igual a 20 normal			
Cinco años				Menor o igual a 20 normal			

Suplementación con hierro (Menores de 6 meses con riesgo)				
1 mes				
2 a 3 meses				
4 a 6 meses				

Fortificación casera con micronutrientes en polvo 6 a 23 meses				
6 a 8 meses				
12 a 17 meses				
18 a 23 meses				

Suplementación con micronutrientes (Hierro y Vitamina A)						
2 años						
3 años						
4 años						
5 años						

Desparasitación				
1 año				
2 años				
3 años				
4 años				
5 años				

Tamizaje para Anemia - Hemoglobina (Según criterios de riesgo)				
D	M	A	Resultado	

Educación para la Salud en la Primera Infancia			
Edad	Fecha	Tema	Observaciones

VIDA

LAS VACUNAS SON SEGURAS Y SALVAN VIDAS ¡PONTE AL DÍA!

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos THIAGO ALEXANDER OCCA CHAPEÑO

[X] R.C [ ] T.I [ ] OTRO — Tipo de Documento

1.079.413.951 — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 04 DÍA / 07 MES / 25 AÑO

Sexo: MASCULINO

Grupo sanguíneo: O Rh: +

Peso al nacer: 2135 Talla: 45

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Ingrith Tatiana chapeño Pete

Municipio de residencia: Iquira

Dosis	Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Día	Mes	Año	del vacunador
				Lactancia materna exclusiva Si No						
Única	07	07	25	Serum	0373MA117	clínica oros	única dosis			Bjelsy
Recién nacido	07	07	25	Serum.	0323QC140					
				Lactancia materna exclusiva Si No						
1°		19		BU	2429006	ESE				
1°				Serum	2853X0217	HMA				Nayely
1°		Septiembre		ESK	APOLE075AA.					
1°		2025		Pfizer	HW2963.	IQUIRA				Burbano.
				Lactancia materna exclusiva Si No						
2°		19		BU	2429006					
2°				Serum	2854X013E.	ESE	19	11	25	
2°		NOVIEMBRE		Pfizer	LE5775	HMA				
2°		2025.		ESK.	APOLE193AA	IQUIRA				Nayely
										Burbano
				Lactancia materna exclusiva Si No						
3°							04	01	26	
3°										
1°										
2°										
1°										
Refuerzo										
1°										
Única										
Anual										
1er Refuerzo										
1er Refuerzo										
Refuerzo										
Única										
2do Refuerzo										
2do Refuerzo										
Refuerzo										

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 Exiowesx- Semillitas A, 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): Thiago Alexander Occa Chopon con RC No 1074413951 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.

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.

Ingrith Tatiana Chapero
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Dina Paola Arias
AGENTE EDUCATIVA

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Thiago Alexander Occa Chapeño, identificado (a) con documento de identidad número 1079413951, 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	X	Audios		Videos		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Ingrith Tatiana chapeño, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1085765499, 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	X	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: Ingrith Tatiana Chapeño
Nombre: Ingrith Tatiana Chapeño
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3116051579
Fecha: 14/08/2023
Municipio: Neiva

CLASIFICADA

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Ingrith Tatiana Chapeño Pete, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1084576549 de Nataga, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Thiago Alexander Oca chapeño, identificados con NUIP No. 1079413951, usuario de la unidad de servicio kwrsx 7xiw wrsx- Semillitas Amor, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Nataga, a los 01 días del mes 09 de 2025

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

Nombre: Ingrith Tatiana Chapeño pete

Firma: Ingrith Tatiana Chapeño pete

CC. No. 1084576549

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Dina Marcela Chindoy

Firma:

CC. No. 1004491870

.CO

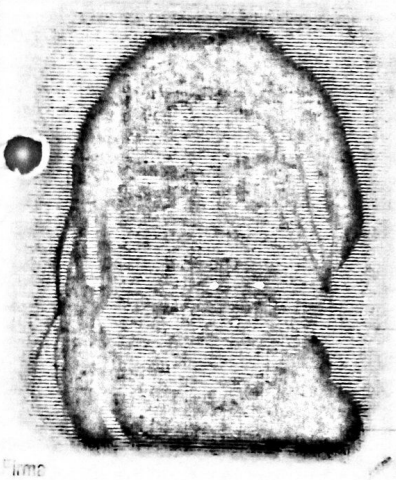
050356984

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL050356984819050<<<<<<<<<<
0510213F3407091COL1084576549<6
CHAPENO<PETE<<INGRITH<TATIANA<

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP **1.084.576.549**

Apellidos
CHAPEÑO PETE

Nombres
INGRITH TATIANA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.52	F

Fecha de nacimiento
21 OCT 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
NATAGA (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
09 JUL 2024, NATAGA

Firma
Ingrid Tatiana Chapeño P.

Fecha de expiración
09 JUL 2034

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1077228992

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40951453

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 04 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 6 W

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

COLOMBIA HUILA NEIVA

Datos del inscrito

Primer Apellido: OCA

Segundo Apellido: GUGU

Nombre(s): JHONATAN ALEXANDER

Fecha de nacimiento: Año 2007 Mes DIC Día 19

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo Sanguíneo: (O)

Factor RH: POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA NEIVA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: A 8327356

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GUGU INSECA LEYDY JOHANA

Documento de identificación (Clase y número): T.I. N. 92120977670 IQUIRA (H)

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: OCA SILVA FLORESMIRO

Documento de identificación (Clase y número): C.C.N. 1.084.867.241 IQUIRA (H)

Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: OCA SILVA FLORESMIRO

Documento de identificación (Clase y número): C.C.N. 1.084.867.241 IQUIRA (H)

Firma: Floresmiro Oca

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

Año 2008 Mes ENE Día 02

Nombre y firma del funcionario que autoriza

DEYANIRA ORTIZ CUENCA

Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

ElectroHuila

SU CODIGO CUENTA NIU

294165613

Para cualquier consulta y pago electrónicos
www.electrohuila.com.co PT -CSE -05 -001

AUTORETENEDORES DE RENTA RESOL. No. 247/2002
DIAN EXONERADO AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN ART 4
RESOL. 000055 DEL 14 07 16 DIAS SORDO GRANDES
CONTRIBUYENTES AUTORETENEDORES ICA CIRCULAR 4
DEL 08/01/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA

FACTURA DE VENTA No. 850[illegible]102

TOTAL A PAGAR

$ 104.680

Documento equivalente según
artículo 1.1 Decreto 1001 97

FECHA DE EXPEDICIÓN: FEB 20 [illegible]

FECHA LIMITE DE PAGO:

FECHA SUSPENSIÓN SERVICIO:

INFORMACION CLIENTE

Cliente	ROJAS JOSE ELIN	Nit CC	2077[illegible]40
Dirección	VDA LLANO DE BUCO	Ruta	6150070535
Mpio	IQUIRA	Ciclo	094
Uso	Residencial	Estrato	2

INFORMACION TECNICA

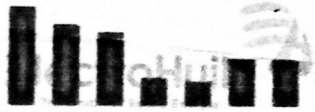
Tipo	SECUNDARIA	Circuito	0580092
Subestación	129	Nombre	
Transformador	4	Atrasos	0

INFORMACION CONSUMO

Contador	Marca	T.E	T.M	Obs	Lec.Actual	Lec.Ante.	Factor	Consumo (kwh)
1094234	ISK	A	S	00	7368	7165	1	203

Promedio Cuenta 143 Consumo Año Anterior 130 Consumo Histórico 130

ULTIMOS CONSUMOS



Mes	Consumo
ENE	203
NOV	178
SEP	167
JUL	104
MAY	99
MAR	131
ENE	130

CALIDAD DEL SERVICIO

Fiu: DTU: HC:
EC: VC: VCO:
VCF: IEC:
Valor Compensac

ULTIMO PAGO

Fecha 30/12/2024
Valor $ 91690

LIQUIDACION CONSUMO PERIODO

Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)	Consumo(kwh)	Tarifa($/kwh)	Valor Total($)
101.5	982.5245 =	99726			
101.5	1009.6231 =	102477			

Valor Total Energía del Período	$	202.203
Valor (Subsidio/Contribución %)	$	- 97.521
Valor Total Energía Facturado	$	104.682

DETALLE DE CUENTA

CONCEPTO	VALOR MES		
CONSUMO PERIODO	$	202.203	
AJUSTE DECENA	$	- 2	
SUBSIDIO	$	- 97.521	
OTROS CARGOS	$	0	
ALUMBRADO	$	0	
VALOR ELECTROHUILA	$	104.680	

TOTAL A PAGAR

$ 104.680

ELECTRODOMESTICOS

CONVENIO	C PEND	TOTAL CONV	SALDO

FINANCIACIONES

FINANCIACION	C PEND	TOTAL FIN	SALDO FIN CUOTA

PUEDE CANCELAR HOY: SALDO: VALOR $: No Factura:

COSTO UNITARIO PRESTACION DEL SERVICIO

Gm: 421.0 Tm: 58.0 PRn,m: 97.0 Dn,m: 280.0 Rm: 7.0 Cv,m: 14
3.0 CUv,n,m: 1009.6231 ($/Kwh)

CREDIVALORES

SALDO	CAPITAL	INT.CORRIENTE	INT.MORA

seguros mundial®

Accidentes personales

Protegemos tus pasos



Línea de atención

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

Conoce nuestra **red médica**

Página web:
www.segurosmundial.com.co

Nº Póliza: 2000648401

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: THIAGO ALEXANDER OCA CHINDICUE

ID Asegurado:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:
1079413951	2025/09/03	2026/02/24

Muerte Accidental $5.000.000,00

Gastos Médicos $5.000.000,00

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

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

www.segurosmundial.com.co