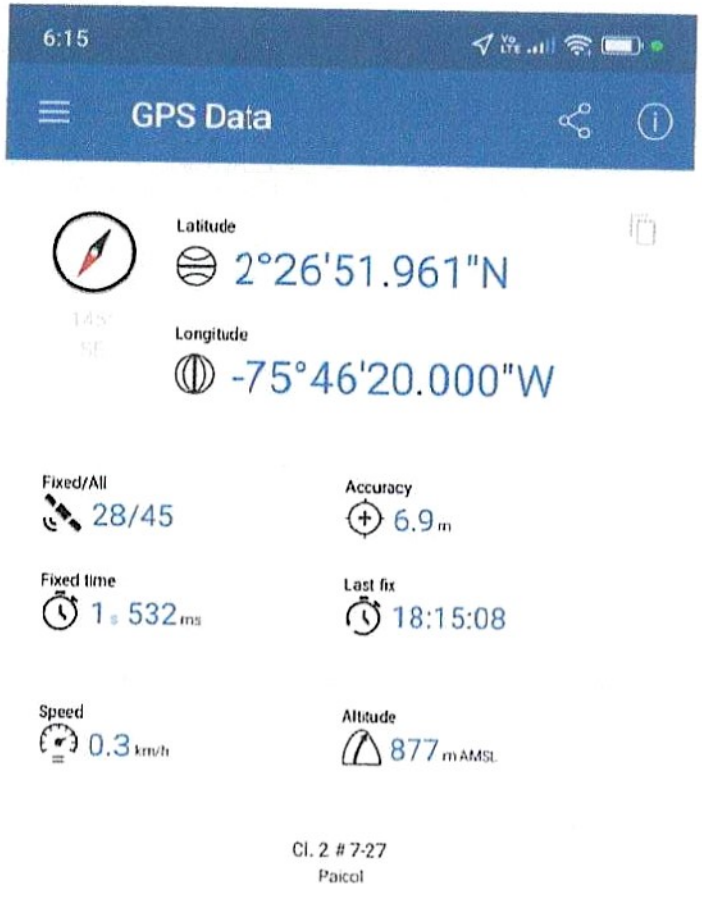
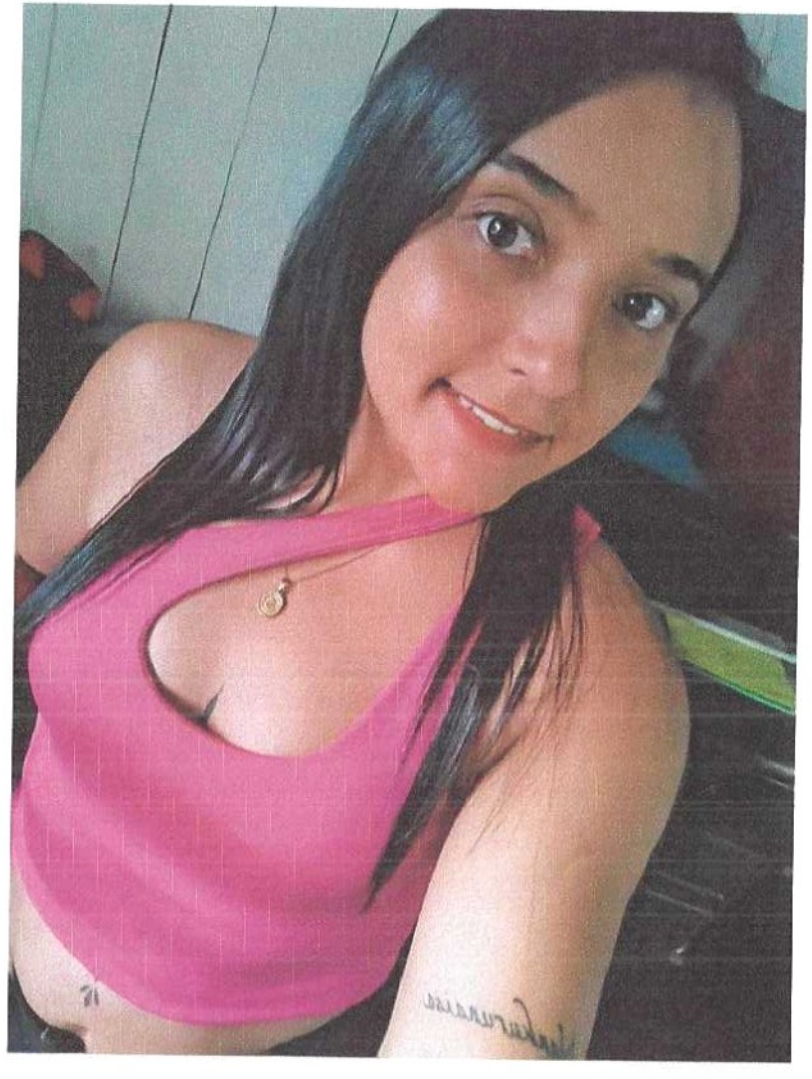

6:15
GPS Data
Latitude
2°26'51.961"N
Longitude
-75°46'20.000"W
Fixed/All
28/45
Accuracy
6.9 m
Fixed time
1 s 532 ms
Last fix
18:15:08
Speed
0.3 km/h
Altitude
877 m AMSL
Cl. 2 # 7-27
Paicol



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 EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR

UDS Padres Creciendo Juntos 3
PARTICIPANTE: Daniela vargas Jaramillo
RC X No. 1084868721

DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIA DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotografía física, va sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
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	✓		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo y Seguimiento	Cada 3 meses	✓		
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			
Copia del carnet de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el participante asista según el PAI	✓		
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			
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	✓		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya novedades	✓		
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	✓		



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.084.868.721
VARGAS JARAMILLO
APELLIDOS
DANIELA
NOMBRES

Daniela Vargas
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-FEB-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

13-FEB-2013 IQUIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1904600-01136486-F-1084868721-20200305 0070446641A 1 9912119382

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro valido

Fecha de consulta: 21/07/2025

Ficha: 41483003503700000221

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DANIELA

Apellidos: VARGAS JARAMILLO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1084868721

Municipio: Nátaga

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/11/2018

Última actualización ciudadano: 22/11/2018

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: VICTOR HUGO ARIAS ANDAPIÑA

Dirección: Carrera 8 No 2 - 43

Teléfono: 3156304407

Correo Electrónico: alcaldia@nataga-huila.gov.co

en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1084868721
NOMBRES	DANIELA
APELLIDOS	VARGAS JARAMILLO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NATAGA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	07/21/2025 20:18:54	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

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
SANTA ROSA DE LIMA DE PAICOL
NIT. 813.011.027-5

ANTA ROSA DE LIMA - PAICOL

HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP - OPS/OMS

NOMBRE: Daniela Cargas Jaramillo
DOMICILIO: B/los Almendros
LOCALIDAD: Paicol - Huila
TELEF: 3163871563

FECHA DE NACIMIENTO: día 11 mes 02 año 95
EDAD (años): 30 (< de 15 / > de 35)

RAZA: Blanca / Indígena / Mestiza / Negra / Otra
ALFA BETA: Si / No
ESTUDIOS: Ninguno / Primaria / Secund. / Univers. / años en el mayor nivel
ESTADO CIVIL: casada / unión estable / soltera / otro
CONTROL PERINATAL EN:
PARTO EN:
NUMERO IDENTID.: 1084868721

ANTECEDENTES

FAMILIARES: no / si — TBC; diabetes; hipertensión; preeclampsia eclampsia; otros
PERSONALES: no / si — TBC; diabetes (I II G); hipertensión; preeclampsia eclampsia; otros
Cirugia pelviana; Infertilidad; VIH +; Cardiop/ netrop.; cond. médica grave

OBSTETRICOS

ULTIMO PREVIO: <2500 g; >4000 g; gemelares; 3 espont. consecutivos
gestas previas: 2
abortos:
partos: 1
cesáreas:
vaginales: 1
nacidos vivos: 1
nacidos muertos:
viven: 1
muertos 1er. sem.:
después 1er. sem.:

FIN EMBARAZO ANTERIOR: día mes año; menos de 1 año / más de 5 años
EMBARAZO PLANEADO: si / no
FRACASO METODO ANTICONCEP.: no usaba / barrera / DIU / hormonal / emergencia / natural

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR: 58 Kg
TALLA (cm): 154
FUM: día 02 mes 04 año 25
FPP: 07 01 26
EG CONFIABLE por FUM: si / no
Eco <20 s: si / no
FUMA: si / no / pasiva — cigarrillos por día
ALCOHOL: no / si
DROGAS: no / si
ANTITETANICA: vigente si / no; DOSIS 1 / 2; mes gestación
ANTIRUBEOLA: previa / no sabe / embarazo / no
EXNORMAL: si / no — ODONT. / MAMAS / CERVIX
BACTERIURIA: - / + / no se hizo
GRUPO Rh: + / -
Sensibil.: no / si
PAPANICOLAOU: - / + / no se hizo
COLPOSCOPIA: - / + / no se hizo
VIH solicitado: si / no
VDRL/RPR <20 sem: - / + / no se hizo
SIFILIS confirmada por FTA: no / si / no se hizo
VDRL/RPR <20 sem: - / + / no se hizo
Hb <20 sem: , g; <11.0g
Fe/FOLATOS indicados: Fe si / no; Folatos si / no
Hb <20 sem: , g; <11.0g
ESTREPTOCOCO B 35- 37 semanas: - / + / no se hizo
PELVIANA VERSION EXTERNA intento a término: si / no / n/c

	día	mes	edad gest	peso	PA	altura uterina	presentación	latidos fetales	movim. fetales	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Iniciales Técnico	Próxima cita
1	20	07	11.1	57	98/70	12	—	—	—	—	MB	20/07
2	18	0725	15.5	57	100/60	—	—	148	—	—	JRY	
3	22	0825	20.5	59	90/70	21	—	143	+	—	MB	22/09
4	26	0925	25.5	61	100/60	24	—	146	+	—	GB	26/09
5	23	1025	29.4	62	110/60	28	Tr	133	++	ecografia tors - Hemo - toxo	JH	23/11/25
6												

PARTO / ABORTO

FECHA DE INGRESO: día mes año
CONSULTAS PRE-NATALES total
HOSPITALIZ. en EMBARAZO días
CORTICOIDES ANTENATALES: ciclo único completo; ciclo único incompleto; semana inicio; múltiples; ninguna; n/c
INICIO: espontáneo; inducido; cesar. elect.
RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: no / si; día mes año; hora min
<37 sem; ≥18 hs.; temp ≥ 38°C
EDAD GEST al parto: semanas días; por FUM; por Eco
PRESENTACION: cefálica; pelvica; transversa
TAMAÑO FETAL ACORDE: si / no
ACOMPAÑANTE EN TDP: pareja; familiar; otro; ninguno
CARNÉ: si / no

NACIMIENTO: VIVO / MUERTO — anteparto; parto; ignora momento
hora min; día mes año
MULTIPLE: orden; fetos; 0=único

espont.; otra; forceps; cesarea; vacuum
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION: código; INDUC.; OPER
Notas

ENFERMEDADES: HTA previa; HTA inducida embarazo; HTA inducida embarazo (P e); cardiop/ nefrop; diabetes (I II G); infección ovular; infec. urinaria; amenaza parto preter.; R.C.I.U.; rotura prem. de membranas; anemia; otras (no / si / grave)
HEMORRAGIA: 1 trim.; 2 trim.; 3 trim.; postparto; infección puerperal (no / si / código)

POSICION PARTO: sentada; acostada; cuclillas
EPISIOTOMIA: no / si
DESGARROS Grado (1 a 4): no
OCITOCICOS: prealumbr. si / no; postalumbr. si / no
PLACENTA: completa si / no; retenida si / no
LIGADURA CORDON: <30s; 30s-1m; >1m
MEDICACION RECIBIDA: ocitócicos en TDP; antibiot.; analgesia; anest.region.; anest.gral.; transfusión (no / si)
otros si / no — especificar
código: medic.1; medic.2

RECIEN NACIDO

SEXO: f / m
PESO AL NACER
PER.CEFALICO: cm
EG. CONFIABLE: sem días
PESO E.G.: ader
APGAR: 1 min.
VENTILACION: no / si — 0; máscara
FALLECE en SALA de PARTO: si / no
ATENDIO: médico; obst.; enf.; auxil.; estud.; empir.; otro — PARTO; NEONATO
Nombre

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Daniela

Apellidos: Vargas Jaramillo

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1084868721

Fecha de nacimiento: Día 17 Mes 02 Año 1995

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	18-7-25	2333X043B	Eve Pa.Col
	2	20-08-25	2333X043B	Eve Pa.Col
	3	Febre 20	2026	
	4			
	5			
TdaP acelular	1	30-09-25	AC34V529SAE	Sanofi Pasteur
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	18-7-25	U50525003	Eve Pa.Col
Otras				

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 UDS Padres Creciendo Juntos 3, 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): Gestante: Daniela Vargas Jaramillo con RC No CC: 1084868721 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 UDS, la Entidad Administradora del Servicio o el ICBF, con el fin de promover el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas.
3) Cumplir el horario de atención establecido en la UDS
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira a mi hijo(a) de la UDS.
5) Entregar los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a) Estos documentos son:

   1. Certificado de afiliación a salud.
   2. Fotocopia del registro civil del niño.
   3. Fotocopia del carné de vacunas actualizado
   4. Fotocopia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado
   5. Certificación de SISBÉN.

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

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 4 del mes 08 del año 2025, en el Municipio de Paicol.

Daniela Vargas

PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

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 _____, 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, Daniela Vargas Jaramillo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1084868721, 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 Huellas de Amor para tu Vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Modalidad Familiar Comunitaria

Suscriben:

Firma: Daniela Vargas Jaramillo
Nombre: Daniela Vargas Jaramillo
Calidad - Titular: ✓ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3103871563
Fecha: 1-08-2025
Municipio: Paicol Huila

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Daniela Vargas Jaramillo, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1084868721 de Igoira, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) _____, identificados con NUIP No. _____, usuario de la unidad de servicio Padres Creciendo Juntos 3, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Paicol Huila, a los 1 días del mes Agosto de 2021

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

Nombre: Daniela Vargas Jaramillo

Firma: Daniela vargas

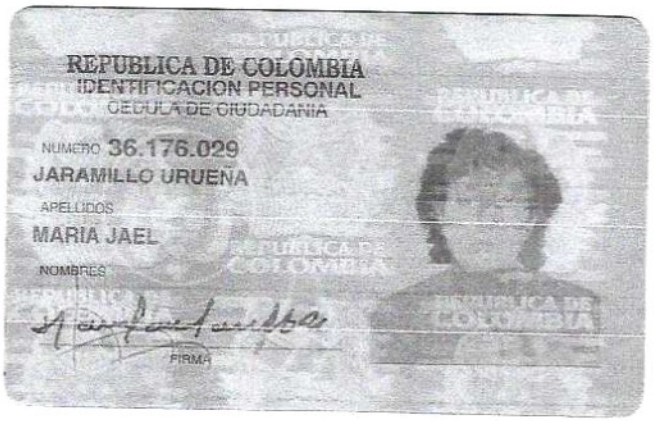
CC. No. 1084868721 Igoira

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Ana Milena Olave

Firma: Anamilena

CC. No. 26529673


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 36.176.029
JARAMILLO URUEÑA
APELLIDOS
MARIA JAEL
NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 19-MAY-1964
ANZOATEGUI
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

08-MAR-1983 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00130483-F-0036176029-20081122 0006614248A 1 1330034056



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.081.915
PENAGOS SON

APELLIDOS
CARLOS DANIEL

NOMBRES

Carlos Daniel Penagos

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-NOV-2001
PAICOL
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.86 ESTATURA
A- G.S. RH
M SEXO
21-NOV-2019 PAICOL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO

P-1905200-01118892-M-1004081915-20191211 0069261292A 1 51789890

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía

Electrificadora del Huila S.A ESP
Nit. 891.180.001-1

Sr(a) : CADENA OTALORA JUAQUIN
C.C. / Nit: 1643368
CRA 8 # 2-05
Municipio: 518 PAICOL HUILA Ruta: 45180021380
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 2-PAICOL 2 - BR FUTURO

Su código de cuenta NIU
394427911
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
87259923

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
7 / 2025	13/06/25-14/07/25	$61,640	$61,640	0 meses

Datos de cuenta

Clase servicio	Residencial
Estrato	1-Bajo Bajo
Zona	OCCIDENTE
Nivel tensión	1-Secundaria
Carga instalada	300
Tipo liquidacion	lectura
Nodo	T10027-PCPP

Costo unitario prestacion del servicio

COMPONENTES ELECTROHUILA	
1 Comercialización +	165.28
2 Distribución	299.01
TOTAL ELECTROHUILA =	464.29
MERCADO ENERGÍA MAYORISTA	
3 Generación +	388.94
4 Transmisión +	56.76
5 Restricciones +	39.67
6 Pérdidas	78.8
TOTAL MERCADO MAYORISTA =	564.17
Costo unitario = ElectroHuila + Mercado	1028.46

Historico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	6	95	2024	12	2
2025	5	123	2024	11	12
2025	4	157	2024	10	22
2025	3	54	2024	9	8
2025	2	2	2024	8	1
2025	1	2	2024	7	10

Promedio de la cuenta	Consumo mes año anterior
72	10

Conceptos ElectroHuila

Concepto		Valor
21	Consumo Periodo	129,586
110	Interes moratorio	62
607	Ajuste Decena	2
995	Subsidio	<75,572>

Calculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-50361454	HOL	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	8237	8111	1	126

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCobrar
1	1	173	126 KW/h	$428.6808	$129.586	-58%	$54.014

TOTAL

Financiacion ElectroHuila

Descripcion	Saldo

Tasa de interés 0%

CUFE 6b04b75ab8d3cd4ba85f8e59096f10471c444f8d13715c686a45ae1cf720ac7930234fcf937e0f7de98352
Numero de Factura Electronica EH-3942266 Numero de factura: 87259923

Fecha de emisión	Mi último pago fue	Tengo plazo de pagar hasta	Me quedo sin servicio a partir de
17/07/2025	$105,870 01/07/2025	25/07/2025 Vencimiento	Suspensión

Valor Energía ElectroHuila	+ Valor Servicio de Aseo	+ Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)	+ Valor Otros Cobros	=
$54,078		$7,562	$0	$61,640 TOTAL A PAGAR

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN
Reporta cualquier novedad relacionada con la prestación del servicio
01 8000 952 115 | 3134354436
PQR: radicacion@electrohuila.co
www.electrohuila.com.co
24/7

¡Escanea! paga en línea
Pag: 4200

(415)7707274499679(8020)0394427911(3900)0000061640(96)20250725

REPRESENTANTE LEGAL

13

AUTORRETENEDORES DE RENTA RESOLUCIÓN No. 5477 002 0644 AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN No. 18208092835296 DE 12-01-2024
AUTORRETENEDORES ICA CIRCULAR 074 DEL 09/09/99 SECRETARIA DE HACIENDA DE NEIVA, ARTICULO 637 DEL ACUERDO 029 DE 2019
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES AUTORRETENEDORES ICA
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

CERTIFICADO GRATUIDAD DEL SERVICIO CORHUELLAS

Yo, **Luz Ángela Urbano Onatra** identificada con cédula de ciudadanía N° 1083869402 Representante legal de la **Corporación Huellas de Amor para tu Vida con NIT 900.192.801-0**, certifico que firmé el contrato de aportes **41002412025** para la atención Integral a la Primera Infancia en la Modalidad FAMILIAR Y COMUNITARIA con el servicio de Educación Inicial en el Hogar en el municipio de Paicol, certifico que el servicio el cual se viene brinda es de total gratuidad para el número de participantes atendidos.

Este certificado se expide para dar cumplimiento a lo requerido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF regional Huila.

Dado en la ciudad de Pitalito Huila a los 06 días de marzo del 2025

Atentamente,

Daniela Vargas Jaramillo

~~LUZ ANGELA URBANO ONATRA~~
Representante Legal
Corporación Huellas de Amor para tu Vida

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

N° Póliza: 2000513953

Tomador: CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado: DANIELA VARGAS JARAMILLO

ID Asegurado:	**Vigencia Desde:**	**Vigencia Hasta:**
1084868721	2025/08/01	2026/02/24

Muerte Accidental	$5.000.000,00	Gastos Médicos	$4.000.000,00

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

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

www.segurosmundial.com.co