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 DE LA MANO FAMILIAR 2 ESTRELLITAS NACIENTES
PARTICIPANTE: THIAGO MATEO PAME ANDRADE
RC X No. 107413945



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			
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			

Powered by CamScanner

		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			

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.079.413.945

Indicativo Serial 64188699

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
PAME	ANDRADE

Nombre(s)

THIAGO MATEO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes JUL Día 06	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA TESALIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	25074810220249

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas homosexuales con hijos matrimoniales, o parejas del mismo sexo, acudir al progenitor que indique los documentos para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ANDRADE YUCUMA ELKA MILDRETH

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.074.793	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas homosexuales con hijos matrimoniales, o parejas del mismo sexo, acudir al progenitor que indique los documentos para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PAME CASTRO ANDRES FELIPE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.007.490.212	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PAME CASTRO ANDRES FELIPE

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.007.490.212	

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 JUL Día 18	DIOGENES ORTIZ BRAND - REGISTRADO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	DIOGENES ORTIZ BRAND Registrador Mpal. del Estado Civil

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURIA MUNICIPAL
DEL ESTADO CIVIL
TESALIA-HUILA
18 JUL 2025
EL CORRECTO DEL ORIGINAL

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

DIOGENES ORTIZ BRAND
Registrador Mpal. del Estado Civil

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta:	**18/08/2025**
Ficha:	**41797004539700000343**

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: THIAGO MATEO

Apellidos: PAME ANDRADE

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413945

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	**30/07/2019**
Última actualización ciudadano:	**29/07/2025**
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:	**DANIELA VALENTINA MUÑOZ LOPEZ**
Dirección:	**Carrera 9 No 6 - 11**
Teléfono:	**8377022 - 3144647676**
Correo Electrónico:	**sisben@tesalia-huila.gov.co**

Powered by CamScanner

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
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1079413945
NOMBRES	THIAGO MATEO
APELLIDOS	PAME ANDRADE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	TESALIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	06/07/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/18/2025 17:24:22	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta

Powered by CamScanner

acunar oportunamente a los niños y niñas con todas las dosis, isminuye el riesgo de padecer enfermedades.

rotégelos contra:

uberculosis meníngea (BCG), Hepatitis B, Poliomielitis (VIP), leningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus nfluenzae tipo b, Difteria, Tosferina, Tétanos (Pentavalente), iarrea por Rotavirus; neumonía, otitis, meningitis bacteriemia ausada por Neumococo, enfermedad respiratoria causada por el rus de la Influenza, Sarampión, Rubéola, Parotiditis (Triple Viral), aricela, Hepatitis A, Fiebre Amarilla, Cáncer causado por Virus de apiloma Humano (VPH) y Covid-19.



Las vacunas son seguras y salvan vidas

¡Ponte al Día!

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)

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

ATI ONES DEFINIDAS MEDIANTE RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018 PARA LA PRIMERA INFANCIA

Seguimiento al Recién Nacido						D	M	A
Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditiva 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	Valoración Nutricional				Valoración del Desarrollo										Profesional que atendió
		Peso	Talla	PC	Peso T	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				Valoración de la Salud Visual y Agudeza Visual			
A partir de los 6 meses		Un año		Tres años		Menor o igual a 20 normal	
Dos años		Tres años		Cuatro años		Menor o igual a 20 normal	
Cuatro años		Cinco años		Cinco años		Menor o igual a 20 normal	

Suplementación con hierro (Menores de 6 meses con riesgo)				Fortificación casera con micronutrientes en polvo 6 a 23 meses			
1 mes				6 a 8 meses			
2 a 3 meses				12 a 17 meses			
4 a 6 meses				18 a 23 meses			

Suplementación con micronutrientes (Hierro y Vitamina A)						Desparasitación	
2 años						1 año	
3 años						2 años	
4 años						3 años	
5 años						4 años	
						5 años	

Tamizaje para Anemia - Hemoglobina (Según criterio de riesgo)					
			Resultado		

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

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

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Thiago Mateo Pame Andrade
NUI: 2507481020249

Tipo de Documento: RC TI CEDULA — No. de Documento: 1079413945

Fecha de Nacimiento: DIA 06 MES 09 AÑO 25

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: O (+) RH (+)

Peso al nacer: 3190 gr. Talla: 48 cm.

Dirección: B/ Torrecitas.

Teléfono 1: 3107758309

Teléfono 2:

Responsable: Elka Milbreth Andrade

Municipio de residencia: Tesalia

Departamento: Huila.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: _____ Tipo de Identificación _____ No. ID: _____

Edad	Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	(IPS vacunadora)	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
						Lactancia materna exclusiva	Sí / No					
Recién nacido	BCG	Única	07	07	25	Serum	0373MA047					
	Hepatitis B	Recién nacido	06	07	25	Serum	0323Q005F					
						Lactancia materna exclusiva	Sí / No					
2 meses	Poliomielitis	1°							07	09	25	
	*Pentavalente	1°										
	Rotavirus	1°										
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1°										
						Lactancia materna exclusiva	Sí / No					
4 meses	Poliomielitis	2°										
	Pentavalente	2°										
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2°										
	Rotavirus	2°										
						Lactancia materna exclusiva	Sí / No					
6 meses	Poliomielitis	3°										
	Pentavalente	3°										
	Influenza estacional	1°										
7 meses	Influenza estacional	2°										
12 meses	Sarampión, Rubéola , Paperas	1°										
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo										
	Varicela	1°										
	Hepatitis A	Única										
	**Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis	1er Refuerzo										
	Pentavalente	1er Refuerzo										
	Sarampión, Rubéola , Paperas	Refuerzo										
	***Fiebre Amarilla	Única										
5 años	Poliomielitis	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
A partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH) Tetra ☐ Nona ☐											
Sin rango de edad	Covid-19											
Vacunas adicionales u otras dosis												

VACUNACIÓN

difteria-Tétanos-Tosferina-Hepatitis B-Haemophilus influenzae tipo b **De acuerdo al antecedente de primovacunación ***A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos

2 ACTA DE COMPROMISO POR DOCUMENTOS FALTANTES GESTANTES.docx - Documentos de Google

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

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 Estrellitas Nacidas, 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 Mateo Pume con RC No 1079413945 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.

Powered by CamScanner

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 11 del mes 07 del año 2025, en el Municipio de Tesalia.

Elda milyreth Andrade
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Jessi Valencia
AGENTE EDUCATIVA

Powered by CamScanner

	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2 P2 CE	15/07/2021
BIENESTAR FAMILIAR	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 Mateo Ruiz Andrade, identificado (a) con documento de identidad número 1124115715, 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	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Elka Milareth Andrade, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004024711, 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	X	Videos	X	Otros datos personales	X

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 _____, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa _____

Suscriben:

Firma: Elka Milareth Andrade
Nombre: Elka Milareth Andrade
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3004074793
Fecha: 11-9-2025
Municipio: Tesalia

Powered by CamScanner

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Elka Mildreth Andrade, identificado con Cédula de Ciudadania No. 1006074793 de Tesalia, padre / madre o acudiente de la /el/los niños(s) Thiago Mateo Perez Andrade, identificados con NUIP No. 1079913945, usuario de la unidad de servicio DE LA MANO FAMILIAR 2 ESTRELLITAS NACIENTES 3, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Tesalia Huila, a los 11 días del mes 07 de 2019

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

Nombre: ELKA mildreth Andrade yurcmá

Firma: ELKA mildreth Andrade

CC. No. 1006074793

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

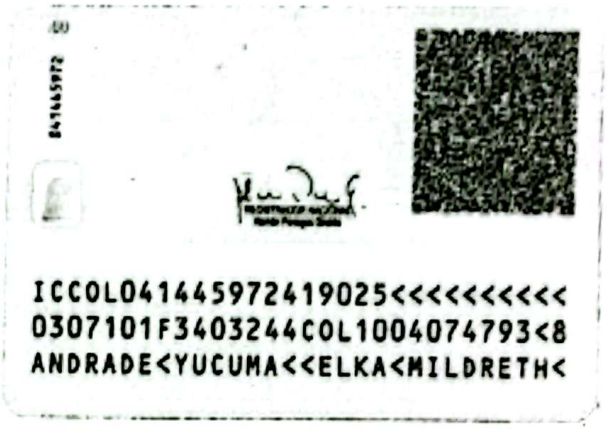
Nombre: JESSICA LORENA CUMBE

Firma: Jessica Lorena Cumbe

CC. No. 1079409772

Powered by CamScanner





Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.007.490.212**

PAME CASTRO

APELLIDOS

ANDRES FELIPE

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-ABR-2001**

LA PLATA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA **A+** G.S. RH **M** SEXO

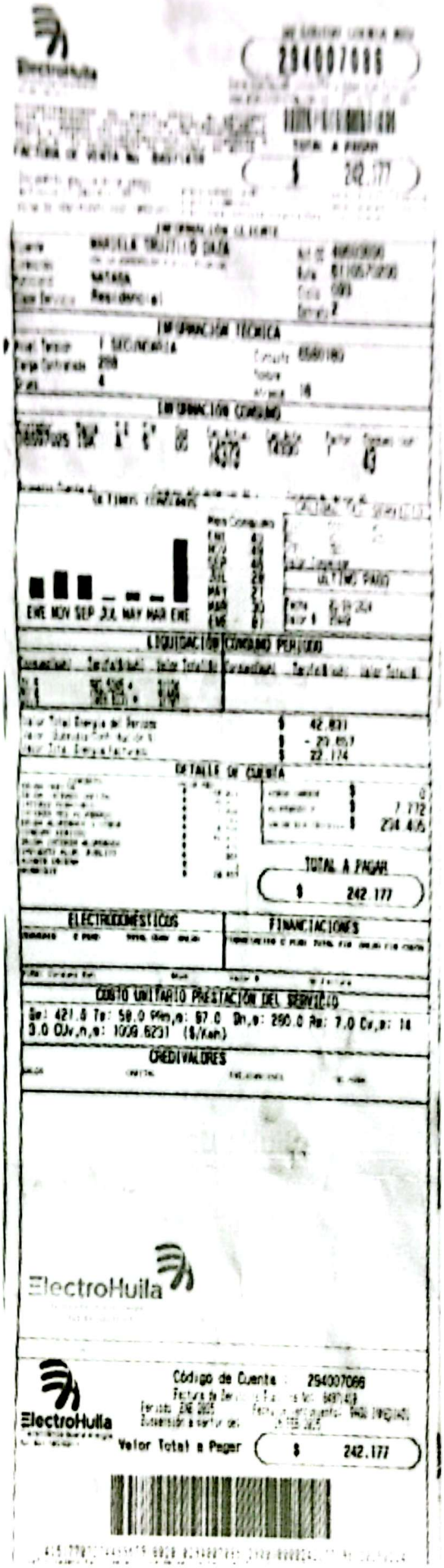
27-SEP-2019 LA PLATA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-1904900-01107500-M-1007490212-20191101 0068679013A 1 53254450

Powered by CamScanner



ElectroHuila

254007066

$ 242.177

INFORMACIÓN TÉCNICA

INFORMACIÓN COMERCIAL

ENE NOV SEP JUL MAY MAR ENE

ÚLTIMO PAGO

LIQUIDACIÓN CONSUMO PERÍODO

$ 42.831
$ - 29.857
$ 22.174

DETALLE DE CUENTA

$ 0
$ 7.772
$ 234.405

TOTAL A PAGAR
$ 242.177

ELECTRODOMÉSTICOS

FINANCIACIONES

COSTO UNITARIO PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Gu: 421.8 Tu: 58.0 Pén,u: 87.0 Dn,u: 290.0 Rn: 7.0 Cv,u: 14
3.0 CUv,n,u: 1009.6231 ($/Kwh)

CREDIVALORES

ElectroHuila

ElectroHuila

Código de Cuenta : 254007066

Valor Total a Pagar $ 242.177


mundial
Protegemos
tus pasos
Línea de atención
Línea nacional:
01 8000 112 684
Página web:
Póliza:
2000115933
Tomador:
Nombre del Asegurado:
Vigencia Desde:
Vigencia Hasta:
Monto Accidental
Gastos Médicos
Desde Bogotá:
Línea nacional:
Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: