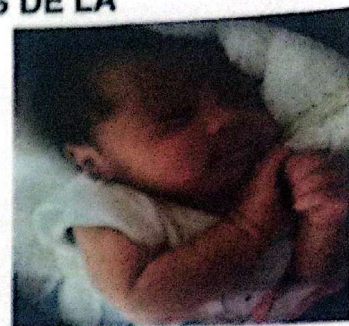


 Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA Nit 900.192.801-0		CÓDIGO: AG-DC-018
	Fecha de elaboración: 24 de febrero del 2024	Fecha última modificación: 24 de febrero del 2025	Versión: 1

LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS NIÑO/A PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD EDUCACION INICIAL EN EL HOGAR

UDS _CDI MANOS AMIGAS 1
PARTICIPANTE: _LIAM GAEL OIDOR RIVERA
RC _ No. 1145834446



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 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



REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1145834446

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 240074800

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador ☒	Notaria ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de ☐	Código	D	U	W
---	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--	--	--------	---	---	---

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

COLOMBIA - HUILA - LA PLATA LA PLATA H.D. S.A DE PADUA *****

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
OIDOR *****	RIVERA *****

Nombre(s)
LIAM GAEL *****

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 2 5 Mes O C T Día 2 3	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - HUILA - LA PLATA *****

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO *****	25109110360445 *****

Datos de 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
RIVERA QUISCUE YULIETH ALEXANDRA *****

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1059764785 *****	COLOMBIA *****

Datos de padre o madre (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
OIDOR SANCHO ANYELO *****

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1002937183 *****	COLOMBIA *****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	Firma
OIDOR SANCHO ANYELO *****	Anyelo Oidor
Documento de Identificación (Clase y número)	
CC No. 1002937183 *****	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	Firma
*****	*****
Documento de Identificación (Clase y número)	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	Firma
*****	*****
Documento de Identificación (Clase y número)	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 2 5 Mes O C T Día 2 4	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Anyelo Oidor	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:TOMO 4; FOLIO 244;24/10/2025

[Firma]



Registro válido

Fecha de consulta:

06/09/2025

Ficha:

41378016505500000098

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: YULIETH ALEXANDRA

Apellidos: RIVERA QUISCUE

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1059764785

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

23/11/2018

Última actualización ciudadano:

03/04/2025

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:

CARLOS ANDERSON ACOSTA VALDEZ

Dirección:

Calle 6 No 3 - 52

Teléfono:

3176617965

Correo Electrónico:

administradorsisben@laargentina-huila.gov.co



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	1145834446
NOMBRES	LIAM GAEL
APELLIDOS	OIDOR RIVERA
FECHA DE NACIMIENTO	*/**/*
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA ARGENTINA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	23/10/2025	31/12/2019	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 11/10/2025 11:58:48 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 31/12/2019 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

HISTORIA CLINICA

FOLIO Nº: 7
Página 1/2

CONSULTA EXTERNA PEDIATRIA

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: HIJO DE YULIETH ALEXANDRA RIVERA QUISCUE

Tipo Doc: Certificado_Nacido_ Identificación: 25109110360445
vivo

Fecha Nacimiento: 23/octubre/2025

Edad en Atención: 0 Años - 0 Meses - 5 Días

Estado Civil: Soltero

Sexo: Masculino

Dirección: BARRIO PRIMITIVO LOSADA

Procedencia: LA ARGENTINA

Teléfono: 3145362971

Régimen: 2193 - Régimen Cont

Acompañante:

Dir. Acompañante:

Tel. Acompañante:

DATOS DE AFILIACIÓN

EAPB del Paciente: NUEVA EPS S.A.

EAPB de Atención: NUEVA EPS S.A.

FOLIO Nº 7 (Fecha Hora Inicio de Folio: 28/10/2025 09:50 a. m.)

(Fecha Hora Confirmación: 28/10/2025 10:00 a. m.)

DATOS DEL INGRESO

Nº Ingreso: 1631210 Fecha Ingreso: 28/10/2025 7:16:03 a. m. Finalidad Consulta: No_Aplica

Causa Externa: Enfermedad_general

CONSULTA EXTERNA PEDIATRIA

MOTIVO DE CONSULTA PRIMER CONTROL POR PEDIATRIA

ENFERMEDAD ACTUAL

RECIENTE NACIDO CON ANTECEDENTES DE PARTO VAGINAL CON GESTACION 38 SEMANAS PESO AL NACER 3400 TALLA 50 CMS , EN EL MOMENTO RECIIBENDO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA , REALIZA DEPOSICIONES TODOS LOS DIAS TIPO DE SANGRE O+POTENCIALES AUDITIVOSD NORMALES , TSH NORMAL EN EL MOMENTO SIN SITNOMAS RESPIRATORIOS , NO INTESTINALES

REVISION POR SISTEMAS

NEGATIVA

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES

Peso Kg: 3.260,00 Talla Cm: 50 PC: 35 FC: 130 FR: 45 T°: 36,00 TA: 95 / 60

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, NORMOTÉRMICO, HIDRATADO, SIN SX DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE

CABEZA: NORMOCÉFALO , FONTANELA ANTERIOR NORMOTENSA,

TÓRAX: SIMÉTRICO, RUIDOS RESPIRATORIOS SIMÉTRICOS EN ACP , NO SOBREGREGADOS, ADECUADO PATRÓN RESPIRATORIO, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS.

OJOS: TAMAÑO NORMAL, MOVIMIENTOS CONSERVADOS, ESCLERAS ANICTÉRICAS.

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO, NO MASAS , NO MEGALIAS ,

ORL: MUCOSAS NORMALES, PALADAR ÍNTEGRO.

GENITALES: NORMALES EXTERNAMENTE

CUELLO: MÓVIL SIN ADENOPATÍAS, NO MASAS.

EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, SIMÉTRICAS, SIN EDEMAS, MÓVILES, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR < 2 SEGUNDOS.

SIN SIGNOS DE HIPOPERFUSIÓN DISTAL.

NEUROLÓGICO: ALERTA, SIMETRÍA FACIAL , MOVILIZA 4 EXTREMIDADES

PIEL : SIN LESIONES. NO HAY ICTERICIA TEMPRANA

Tipo de Alimentación: No aplica

INGRESO POR MISMO SINTOMA MENOR A 20 DIAS: NO

ANALISIS

RECIENTE NACIDO CON ANTECEDENTES DE PARTO VAGINAL CON GESTACION 38 SEMANAS PESO AL NACER 3400 TALLA 50 CMS , EN EL MOMENTO RECIIBENDO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA , REALIZA DEPOSICIONES TODOS LOS DIAS TIPO DE SANGRE O+POTENCIALES AUDITIVOSD NORMALES , TSH NORMAL EN EL MOMENTO SIN SITNOMAS RESPIRATORIOS , NO INTESTINALES EN EL MOMENTO CON PESO ESTABLE CON GANACIA SIN SIGNOS DE SIRS , NO ASPECTO TOXICO QUIEN SE ORDENA ECOGRAFIAS DE CADERAS COMPARATIVAS COMO PRUEBA DE TAMIZAJES PARA DISPLASIAS DE CADERAS

PLAN - CONDUCTA

S/S ECOGRAFIAS DE CADERAS COMPARATIVAS
CONTROL PEDIATRIA CON RESULTADOS

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

CODIGO	NOMBRE	DX. PRINCIPAL	DX. Ingreso	DX. Egreso	TIPO
Z762	CONSULTA PARA ATENCION Y SUPERVISION DE LA SALUD DE OTROS NINOS O LACTANTES SANOS	☒	☒	☐	Presuntivo

SERVICIOS

CUPS	NOMBRE	CANTIDAD	PRIORIDAD
890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1	
881630	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CADERA	2	

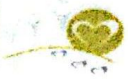
INDICACION MEDICA

Salida_Consulta_Externa

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1079408819

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA] NIT [891180117-7]

 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 CON PADRES O CUIDADORES DE DOCUMENTOS FALTANTES Y/O DESACTUALIZADOS

La Argentina, Huila 04 Noviembre 2025

Yo Yulieth Alexandra Rivera Quiscue identificado (a) con
 N. de Cedula y/o Tarjeta de Identidad 1059764785 participante de
 la UDS cdi manos amigas 1 de la Modalidad
 Educación Inicial en el Hogar, teniendo en cuenta que como madre/Padre
 y/o cuidadora del participante: Liam Gael Oidor Rivera identificado con
 N° RC: 1145834446, doy fe que desde el momento que solicite el
 cupo en la Modalidad Educación Inicial en el Hogar se me informó de manera clara
 los compromisos que se adquieren al participar de los programas de Primera
 Infancia, comprometiéndome a realizar todos los trámites necesarios para garantizar los
 derechos en salud de mi hijo (a), me comprometo a tener y a garantizar la entrega
 de copia del documento faltante: **(Marcar con una X el o los documentos
 faltantes)**

- Afiliación a salud ☐
- Sisbén ☒
- Carné vacunas ☒
- Valoración integral ☐
- Documento identidad ☐
- Higiene oral ☐

Estando en mutuo acuerdo firman el acta de compromiso las dos partes
 comprometiéndose el padre/madre y/o acudiente a entregar los documentos
 faltantes con un plazo máximo el día 04 del mes 12 del año 2025.

En constancia firman,

Blanca Calderon

Firma del Agente educativo

Yulieth Rivera

Firma del Padre/Madre y/o acudiente

 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 CDI manos amigas 1, 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): Yulieth Alexandra Rivera Q. con RC No 1059764785 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.

 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 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 01 del mes Abril del año 2025, en el Municipio de La Argentina.

Yulieth Alexandra Rivera
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Blanca Calderon
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 Liam Gael Dider Rivera, identificado (a) con documento de identidad número 1145834446, 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, Julieth Alexandra Rivera Quispe, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1059764785 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 Corbuellas, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Educación inicial en el hogar

Suscriben:

Firma: Julieth Alexandra Rivera
 Nombre: Julieth Alexandra Rivera
 Calidad - Titular: Representante legal:
 Teléfono de contacto: 3145367971
 Fecha: 01-04-2025
 Municipio: LA ARGENTINA Huila

¡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
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.002.937.183

OIDOR SANCHO

APELLIDOS

ANYELO

NOMBRES

ANYELO OIDOR S.

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-AGO-2001

INZA
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

ESTATURA

O+

G.S. RH

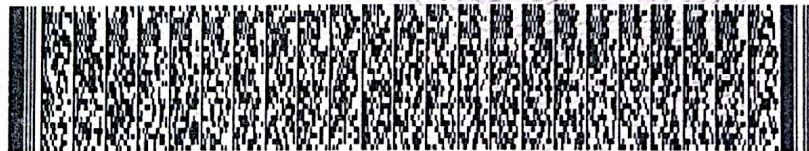
M

SEXO

22-AGO-2019 LA PLATA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-1904900-01107500-M-1002937183-20191101

0068672895A 2

53254316

Sr(a) : INES ESTRELLA RODRIGUEZ

c.c. / Nit: 26527306

C K 3E 7 64

Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA

Ruta: 43780040194

Dirección Postal:

Ciclo: 71 Sector: 3-LIBRETIN 3 DE LA ARGENT

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU

897876909

PARA CUALQUIER CONSULTA
Y PAGO ELECTRONICO

Factura De Venta No.

85225767

Fecha De Emisión

17/02/2025

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
2/ 2025	14/01/25-13/02/25	\$21,080	\$21,080	0 meses

Datos de la Cuenta		
Clase Servicio: Residencial	Nivel Tensión: 1-Secundaria	Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 1-Bajo Bajo	Carga Instalada: 1 W	
Zona: OCCIDENTE	Nudo: T09596-GL1P	

COSTO UNITARIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO	
Generación	421.89
Transmisión	58.19
Distribución	280.72
Restricciones	7.45
Pérdidas	97.49
Comercialización	143.89
Costo de fijo	1009.62
Tarifa Aplicada	1009.6231

Últimos del Consumo							
Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-6677497002	CHN	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	496	452	1	44

Conceptos ElectroHuila			Últimos Consumos					
Concepto	Descripción	Valor	Año	Mes	Consumo			
21	Consumo Periodo	44,423	2025	1	93	2024	7	0
608	Ajuste Decena	<4>	2024	12	0	2024	6	0
995	Subsidio	<26,247>	2024	11	0	2024	5	0
			2024	10	0	2024	4	0
			2024	9	0	2024	3	0
			2024	8	0	2024	2	0
			Promedio Cliente			Consumo Año Anterior		
			15			0		



Accidentes personales

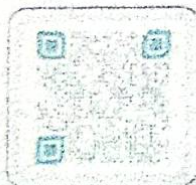
**Protegemos
tus pasos**



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:

2000514571

Tomador:

CORPORACION HUELLAS DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS

Nombre de Asegurado:

LIAM GAEL OIDOR RIVERA

ID Asegurado:

1145834446

Vigencia Desde:

2025/11/01

Vigencia Hasta:

2026/02/24

Muerte
Accidental

\$5.000.000,00

Gastos
Médicos

\$4.000.000,00

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

Desde Bogotá: 3274712/13

Línea nacional: 018000111935

Desde operadores Tigo, Claro o Movistar: #935

www.segurosmundial.com.co