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
PARTICIPANTE: MARIANGEL GONZALEZ RODRIGUEZ
RC _ No. 1080269103



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	/		

Scanned with CamScanner

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.		N/A	
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	✓		

Scanned with CamScanner

303

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP	1.080.269.103

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63547751

63547751

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 2 B

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GONZALEZ	RODRIGUEZ

Nombre(s)

MARIANGEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes JUL Día 04	FEMENINO	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	2407651103262 3

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

RODRIGUEZ SANTANA LAURA FERNANDA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.153.347	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

GONZALEZ TRUJILLO LUIS DIEGO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.080.266.365	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ TRUJILLO LUIS DIEGO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.080.266.365	Diego Gonzalez

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 2024 Mes JUL Día 08	MANUEL JESUS LATORRE ADARME - REG Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Diego Gonzalez Firma	Nombre y firma

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned with CamScanner

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A1

Fecha de consulta: 18/03/2025

Ficha: 41378009505000000087

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIANGEL

Apellidos: GONZALEZ RODRIGUEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080269103

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 06/11/2018

Última actualización ciudadano: 07/11/2024

Última actualización via 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 VALD

Dirección: Calle 6 No 3 -

Teléfono: 31766179

Correo Electrónico: administradorsisben@laargentina-huila.gov

Scanned with 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	1080269103
NOMBRES	MARIANGEL
APELLIDOS	GONZALEZ RODRIGUEZ
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	04/07/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	03/18/2025 11:16:16	**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

Scanned with CamScanner

· Datos del niño o de la niña ·



Nombres: Mariangel
Apellidos: Gonzales Rodriguez
Certificado Nacido Vivo:
Documento de identidad: RC 1080269103
Fecha de nacimiento: Día: 4 Mes: 07 Año: 24
Género: F: X M: I: Grupo sanguíneo: O+ Rh:
Lugar de nacimiento: Departamento: La Plata Huila
Municipio:
EPS: Nueva EPS
Datos de contacto:
Dirección: Barrio 20 de Julio
Teléfonos: 3116282453

En caso de urgencia favor avisar a:

Nombres y apellidos: Laura Fernanda Rodriguez
Teléfonos: 3116282453 - 3229492862
Dirección: 20 de Julio cr 1C N°9-08
Departamento: Huila
Municipio: La Argentina

cuídate | nueva eps

Valoración integral de la salud y el desarrollo

En esta sección debes solicitar el registro de los resultados de las valoraciones del crecimiento y desarrollo de tu hijo, y estar atento al cumplimiento de las citas según la edad.

Rango de Edad	Fecha valoración	Edad	Valoración crecimiento					Valoración desarrollo			Test Graham	Apgar familiar	Próxima cita	Observaciones
	D M A	Meses											D M A	
	27 08 24	1m	4,745	54								Proxima cita	4 10 24	
	4 10 24	3m	5,730	57	39	P.T41						Proxima cita	18 12 24	
	18 12 24	5m	6,930	62	42	P.T41						Proxima cita	7 03 25	
	07 03 25	8m	8,245	66	425	47 PB=15						Proxima control 06/Junio/2025		

cuídate nueva

14

304

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO

Resultado Tamizaje Neonatal

TSH neonatal	Normal		Alterado		D M A	
Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado		D M A	
Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado		D M A	
Visual	Normal		Alterado		D M A	
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA					D M A	

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIEN

1.ª entrega	D	M	A	D	M
2.ª entrega	D	M	A	D	M
3.ª entrega	D	M	A	D	M
4.ª entrega	D	M	A	D	M
5.ª entrega	D	M	A	D	M

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años	D	M	A	SI*
4 años	D	M	A	SI*
5 años	D	M	A	SI*

*Menor o igual a 20 normal

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

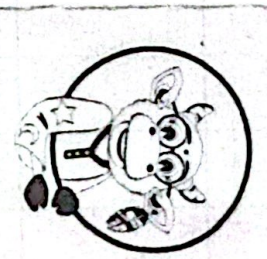
Edad	Fecha			Valoración Nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	D	M
2.ª entrega	D	M
3.ª entrega	D	M

ATENCIÓN EN SALUD BU

A partir de 6m	D	M
1 año	D	M
2 años	D	M
3 años	D	M
4 años	D	M
5 años	D	M





Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Marianyel Gonzalez Rodriguez

Tipo de Documento: RC — No. de Documento: 1.080.269.103

Fecha de Nacimiento: 04 / 01 / 2024

Sexo: Femenino — Edad: 3a 4m

Grupo sanguíneo: O+ — EPS: Nueva EPS

Peso al nacer: 2990 — Talla: 50

Dirección: B/ 20 de Julio Kra 4 #

Teléfono 1: 3116262453

Teléfono 2: 3229442862

Responsable: Laura Fernanda Rodriguez

Municipio de residencia: La Argentina

	Dia	Mes	Ano												Dia	Mes	Ano	del vacunador
				Lactancia materna exclusiva		Si ☐				No ☐								
Única	04	07	2024	Serum	0	3	7	2	4	4	0	5	2	H.O.S.R. GARRAHAN	04	09	2024	C.C. 57.460.717
1ª nacido	04	07	2024		0	3	2	3	0	0	1	4	B					Auxiliar de Enfermería
				Lactancia materna exclusiva		Si ☐				No ☐								
1ª	04	09	24	BIOTHEUM BIOLOGI	2	3	0	8	0	1	C	A	-	ISE JUAN				Leidy Peba/o
1ª	04	09	24	Serum	2	B	5	2	9	0	1	3	C	Ramon Nora				Leidy Peba/o
1ª	04	09	24	Serum	2	B	5	2	9	0	1	3	C					
1ª	04	09	24	Serum	2	B	5	2	9	0	1	3	C	Palacios JA				Leidy Peba/o
1ª	04	09	24	GLAXOSMITH	A	R	0	J	D	8	3	5	AD					
1ª	04	09	24	PFIZER	6	X	1	9	1	2	-	-	-	Argentina Huila.	05	Noviembre 2024		Leidy Peba/o.
				Lactancia materna exclusiva		Si ☐				No ☐								
2ª	13	11	24	BIOTHEUM BIOLOGI	2	3	0	8	0	1	0	A	-	ISE JUAN PABLO				Leidy Peba/o
2ª	13	11	24	Serum	2	B	5	3	7	0	1	6	-	Nora palacios				
2ª	13	11	24	Serum	2	B	5	3	7	0	1	6	-					Leidy Peba/o
2ª	13	11	24	Serum	2	B	5	3	7	0	1	0	-	JA Argentina				
2ª	13	11	24	GLAXOSMITH	A	R	0	J	7	0	2	4	AD					Leidy Peba/o
2ª	13	11	24	PFIZER	6	X	5	1	3	9	-	-	-	Huila.	11	Enero 2025		Leidy Peba/o.
				Lactancia materna exclusiva		Si ☐				No ☐								
3ª	22	01	25	BIOTHEUM BIOLOGI	2	3	3	3	0	1	0	A	-	ISE JUAN RAMOS				Leidy Peba/o.
3ª	22	01	25	Serum	2	B	5	3	X	0	2	0	B	Nora Palacios				Leidy Peba/o
3ª	22	01	25	Serum	2	B	5	3	X	0	2	0	B	JA Argentina	22	Enero		
3ª	22	01	25	Serum	2	B	5	3	X	0	2	0	B	Huila.				Leidy Peba/o.
1ª																		
2ª																		
1ª																		
rfuerzo																		
1ª																		
Única																		
Anual																		
Refuerzo																		
Refuerzo																		
Única																		
2ª																		
Refuerzo																		
Refuerzo																		
rfuerzo																		
1ª																		
2ª																		
3ª																		
1ª																		
2ª																		
Refuerzo																		
Refuerzo																		

Scanned with 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 Dr. Manos Amigos, 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): Hanangel Gonzalez con RC No 1080.264.103 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.

Scanned with 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 06 del mes Marzo del año 2025, en el Municipio de La Argentina

Laura Fernanda R.
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Viviana T
AGENTE EDUCATIVA

Scanned with CamScanner

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 Mariangel Gonzalez Rodriguez, identificado (a) con documento de identidad número 1080.269.103 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, Laura Fernanda Rodriguez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004153347 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_____, 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 y comunitaria

Suscriben:

Firma: Laura Rodriguez
Nombre: Laura Fernanda Rodriguez
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3116282453
Fecha: 06-03-2025
Municipio: La Argentina

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.

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.	F17.MO12.PP	11/05/2018
		Versión 2	Página 1 de 1

FORMATO VERACIDAD INFORMACION FICHA CARACTERIZACIÓN PADRES.

Yo Laura Fernanda Rodriguez, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1004153347 de La Argentina, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) Mariangel Gonzalez, identificados con NUIP No. 1.080.269.103, usuario de la unidad de servicio CDI MANOS AMIGAS, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en LA ARGENTINA HUILA, a los 06 días del mes MARZO de 202(5)

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

Nombre: Laura Fernanda Rodriguez

Firma: Laura Rodriguez

CC. No. 1004153347

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Luz Adriana Moreno Buritica

Firma:

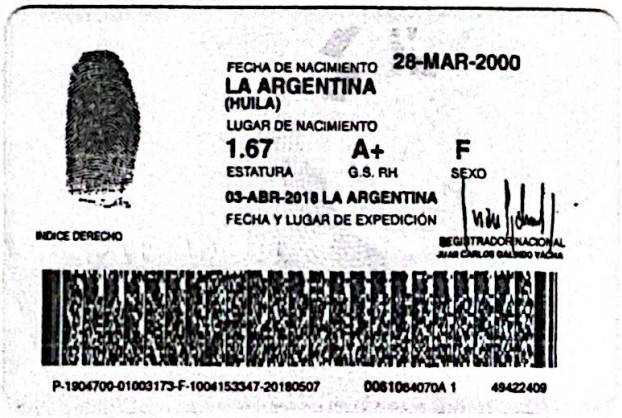
CC. No. 1.080.264.724

Scanned with CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.004.153.347
RODRIGUEZ SANTANA
APELLIDOS
LAURA FERNANDA
NOMBRES
Laura Rodriguez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-MAR-2000
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
03-ABR-2018 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1904700-01003173-F-1004153347-20180507 0081064070A 1 49422409

Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner

314

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía
Electrificadora del Huila S.A. ESP
Nit. 891.180.001-1

Sr(a) : GONZALEZ ARANGO LUIS ENRIQUE
c.c. / Nit: 12206771
CRA 1C 9 - 15 BRIO 20 DE JULIO
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780042660
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 4-LIBRETIN 4 DE LA ARGENT

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
337110177
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRONICO

Factura De Venta No.
84845357

Fecha De Emisión
16/01/2025

Periodo	Periodo Facturado	Pago Total	Pago Mínimo	Periodos Vencidos
1 / 2025	14/12/24-14/01/25	$28,100	$28,100	0 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 2-Bajo
Carga Instalada: 1000 W
Zona: OCCIDENTE
Nodo: T09612-GL1P

Costo Unitario Prestación de Servicio	
Generación	419.14
Transmisión	55.37
Distribución	263.15
Restricciones	3.47
Pérdidas	96.01
Comercialización	145.39
Costo Unitario	982.52
Tarifa Aplicada	982.5245

Cálculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-19711166	ISK	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	13195	13148	1	47

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	46,179
110	Interes moratorio	26
608	Ajuste Decena	<3>
995	Subsidio	<21,975>

Ultimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2024	12	55	2024	6	43
2024	11	47	2024	5	46
2024	10	47	2024	4	39
2024	9	49	2024	3	28
2024	8	51	2024	2	32
2024	7	46	2024	1	31

Promedio Cuenta	Consumo Año Anterior
49	31

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	130	47.0	514.977	$24.204

Nodo 6500221 Grupo Calida	21
Horas a compensar	1.024
Compensacion por evento	
Meta Calidad opr Duración	62.37
Meta calidad por eventos	21
Eventos acmulados año	89
Duracion acumulador año	90.57
Consumo a compensar	27.1
Cargo distribución	266.2

Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2016 y 006 de 2019

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Total cuota Financiación 0

Tasa de Interés 0.00 %

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total ElectroHuila	$24,227
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$3,873
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$28,100

CUFE 92b68ab1bd9cd7494ed15c30bda29ef72da7ab0e6b0af69750ad3f08cc04ecdc1c2247e7d56f841d25838caa82aa96c8

FOES			
Kwh	$/Kwh	Total	N. Fact

Ultimo Pago
$89,430
02/01/2025
Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB
Pag: 1895

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Fecha de Vencimiento: 27/01/2025

Linea de transparencia

Reporta en la linea de transparencia todos los presuntos actos de soborno, corrupción o comportamientos indebidos de nuestros trabajadores y/o contratistas.
Linea gratuita 018000 117788
Correo electrohuila@lineatransparencia.com
Accede directamente escaneando el Código QR.

(415)7707274499679(8020)0337110177(3900)0000028100(96)20250127

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO EN VIRTUD DEL ARTICULO 130 DE LA LEY 142 DE 1994 MODIFICADA ART. 18 LEY 689 DE 2001

Scanned with CamScanner