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–UA 1
PARTICIPANTE: VALENTINA MARTINEZ SANCHEZ
RC X_ No. 1080268966

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			

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.080.268.966

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63547580

63547580

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE LA ARGENTINA - COLOMBIA - HUILA - LA ARGENTINA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MARTINEZ	SANCHEZ

Nombre(s)

VALENTINA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes 10 Día 07	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	2311001075[illegible]

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

SANCHEZ FAJARDO SANDRA MIRLEY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.000.205.839	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

MARTINEZ OSPINA JONATAN ARTURO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.000.936.339	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ OSPINA JONATAN ARTURO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.080.936.339	Jonatan Martinez

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 2021 Mes NOV Día 09	MANUEL JESUS LAGOS ALARME - REG Nombre y firma

dispapeles

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Sisbén

Registro válido A4

Fecha de consulta: 28/02/2025

Ficha: 41378053503400000638

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: VALENTINA

Apellidos: MARTINEZ SANCHEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1080268966

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/12/2020

Última actualización ciudadano: 06/12/2023

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

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	1080268966
NOMBRES	VALENTINA
APELLIDOS	MARTINEZ SANCHEZ
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	08/11/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

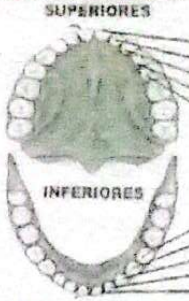
Fecha de Impresión:	02/28/2025 11:07:48	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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 31/12/2999 determina que el afiliado

Powered by CamScanner

EDAD DE ERUPCIÓN DE DIENTES TEMPORALES ("DE LECHE")



RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

Los primeros dientes debe limpiarlos con un algodón o una gasa humeda. Cuando los dientes temporales estén completos enseñar al niño la forma correcta de cepillarse los dientes y el uso de seda dental, ayudándolo hasta cuando pueda hacerlo bien.

Nunca deje dormir al niño con el biberón en la boca, porque el azúcar hacinta la caries dental, además el chupo puede originar alteración de la forma de los maxilares y mal posición de los dientes. Procure no dar dulces o caramelos entre comidas.

La primera visita al odontólogo debe hacerse antes del primer año.

CUIDADOS GENERALES

Bañe al niño todos los días, lávele las manos y los dientes, córtele las uñas, póngale zapatos cuando camine. NO USE TALCOS NI CHUPOS.

No le de aceite para purgarlos. Evite que su niño se acerque a los enfermos.

Exprese afecto al niño, alcelo, abrácelo y acarícielo. Permita que el niño juegue y dedique tiempo para jugar con él. Involucre al niño en las actividades de la familia. Hable con el niño y responda con amor a sus intentos de comunicarse y llamar la atención. Permita que el niño se mueva libremente. No castigue, engañe, ni asuste al niño para obligarlo a obedecer.

Explíquele al niño las cosas que no debe hacer. No exija que el niño realice tareas que no puede hacer por su edad. Sea siempre sincero con él.

MAMÁ SI MI HIJO ESTÁ ENFERMO, DEBO REVISAR SI PRESENTA LAS SEÑALES DE PELIGRO QUE ME OBLIGAN A LLEVARLO AL SERVICIO DE URGENCIAS O VALORACIÓN INMEDIATA POR MÉDICO

- Mi hijo no puede beber ni tomar el pecho.
- Vomita todo lo que come.
- Ha tenido convulsiones o ataques.
- Está letárgico (Muy Dormido) o inconsciente (sin sentido).
- La chilla el pecho o respira con dificultad.
- Respira más de 60 veces en un minuto.
- Presenta deposiciones diarreicas o líquidas.
- Presenta fiebre alta (mayor de 39° centígrados).
- Presenta fiebre más de 3 días.

	TIPO DE VACUNA	1ra DOSIS o única	2da DOSIS		3ra DOSIS		A los 12 meses de edad	
		Fecha	Fecha		Fecha		Fecha	
			Día	Mes/Año	Día	Mes/Año	Día	Mes/Año
Recién Nacido	Antituberculosa - BCG							
	Hepatitis B (Recien Nacido)							
A partir de los 2 Meses	PENTAVALENTE - Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)							
	PENTAVALENTE - Hemophilus Influenza - TIPO b							
	PENTAVALENTE - Hepatitis B							
	Vacuna oral de polio - VOP							
	Vacuna oral de rotavirus							
	Vacuna contra el neumococo							
A partir de los 4 Meses	PENTAVALENTE*							
	Vacuna oral de polio - VOP							
	Vacuna oral de rotavirus							
	Vacuna contra el neumococo							
A partir de los 6 Meses	PENTAVALENTE*							
	Vacuna oral de polio - VOP							
De 6 meses a 23 meses	Vacuna de Influenza (De 6 meses a 23 meses)							
A los 12 meses	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)							
	Fiebre Amarilla (FA)							
	Vacuna contra el neumococo							

		Al año de la 3ra DOSIS	A los 5 Años de edad	ADICIONALES
Al año de las terceras dosis	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)			
	Vacuna oral de polio - VOP			
A los 5 Años de edad	Difteria - tos ferina - tétanos (DPT)			
	Vacuna oral de polio - VOP			
Adicionales	Sarampión Rubeola Paperas (SRP)			

REHIDRATACIÓN ORAL - SUERO ORAL



En un litro de agua hervida y fría, mezcle todo el contenido de un sobre de suero oral.

Si el niño NO ESTA DESHIDRATADO, dele con cucharita y vaso dos onzas como mínimo, después de cada deposición.

Si el niño presenta ALGUN GRADO DE DESHIDRATACIÓN acuda a la Promotora de Salud, a la Unidad de Rehidratación Oral (URO) más cercana, o al Hospital.



CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DÍA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2023	Diciembre	11	3:00	✓	
2024	Febrero	14	2:00	✓	
2024	Abril	12	8:00	✓	
2024	Julio	25	10:00	✓	
2024	Septiembre	3	2:00	✓	
2025	Abril	12	8:00	✓	
2025	Octubre	10	2:00	✓	

Atención con Calidad Humana

E.S.E. JUAN RAMÓN NÚÑEZ PALACIOS





CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

Nombre: Valentina Martinez Sanchez
Fecha de nacimiento: 07-Nov 2023
Registro Civil: 1080268966
Teléfono: 3104261460
Dirección: Yalgones
Barrio o Vereda: Barrio
Nombre del Responsable del Niño: Sandra Muñoz Sanchez Fajardo
EPS Afiliación: Nueva EPS
Sitio de Atención: ESE JRNP

ACUDA A CONSULTA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO CUANDO LOS NECESITE Y NO CUANDO LE LLAMEN

PESO 3600 54.40
Talla 48 PA OT

Powered by CamScanner

Vacunar Oportunamente con todas las dosis a tus hijos, **Garantiza la Pre[illegible]ción** frente a enfermedades como:

Tuberculosis meningea, Hepatitis B, Poliomielitis, Meningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus Influenzae tipo B, Difteria, Tosferina, Tétanos, Diarrea por rotavirus; Neumonía, Otitis, Meningitis bacteriemia causada por Neumococo, Enfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, Sarampión, Rubéola, Parotiditis, Varicela, Hepatitis A, Fiebre Amarilla y Virus del Papiloma Humano.



Busca ya las vacunas

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	
2.ª entrega	
3.ª entrega	
4.ª entrega	
5.ª entrega	

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años		
4 años		
5 años		

*Menor o igual a 20 normal

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	
2.ª entrega	
3.ª entrega	

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO			Resultado Tamizaje Neonatal
TSH neonatal	Normal	Alterado	
Auditivo OEA/PEAA	Normal	Alterado	
Cardiopatía Congénita Compleja	Normal	Alterado	
Visual	Normal	Alterado	

ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA

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							

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL





Carné de Vacunación





Nombres y Apellidos Valentina Martinez Sanchez

X | | | 1.080.268.966.
Tipo de Documento | No. de Documento

Fecha de Nacimiento 7 | 11 | 2023

Sexo: Femenino Sisben 64

Grupo sanguíneo: O+ Nueva EPS

Peso al nacer: 3610 Talla: 48cm

Dirección: B. Los Yalcones

Teléfono 1: 3104866146 Kra 9N12-5

Teléfono 2:

Responsable: Sandra Mirley Sarde

Municipio de residencia: La Argentina

Departamento: Huila

CC 1.080.265.839

Powered by CamScanner

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE:	DOCUMENTO:
Valentina Martinez Sanchez	1.050.265.066
CONTROL DE PLACA **FECHA DE ATENCIÓN:** 20 febrero 2025 **PROXIMO CONTROL:** 20 Agosto 2025	**TOPICACIÓN DE FLUOR** **FECHA DE ATENCIÓN:** 20 febrero 2025 **PROXIMO CONTROL:** 20 Agosto 2025
EXPEDIDO POR: Lina Mayerly Zapata M. Auxiliar en Salud Oral C.C. 1.080.280.132 TP # 073	

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	F2.P2.CE	15/07/2021
		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 Valentina Martinez Sanchez, identificado (a) con documento de identidad número 1080268966 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, Sandra Mirley Sanchez Fajardo quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1080265839, 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 Corhuellas, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Educacion inicial en el hogar

Suscriben:

Firma: Sandra Sanchez Fajardo.
Nombre: Sandra Sanchez Fajardo.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3104861460
Fecha: 07-03-2025
Municipio: La Argentina. Huila

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 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): Valentina Martinez Sanchez con RC No 1080968966 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


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

1.080.265.839
SANCHEZ FAJARDO
SANDRA MIRLEY

Sandra Mirley Sanchez


FECHA DE NACIMIENTO 15-SEP-1997
LA ARGENTINA
(HUILA)
1.58
O+
F
24-SEP-2015 LA ARGENTINA
REGISTRADOR NACIONAL

ElectroHuila

Sr(a): ABELARDO ZULETA SANCHEZ
C.C. / Nit: 4918802
VDA AGUA BLANCA
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 6920610170
Dirección Postal:
Ciclo: 200 Sector: 200-Autogeneradores (R)

El Código de Cuenta es: 365917485

Factura De Venta No. 82504894
Fecha De Emisión 23/07/2024

Periodo	Periodo Facturado	Pago Total	Pago Mínimo	Periodos Vencidos
7 / 2024	01/06/24-30/06/24	$449,910	$449,910	1

Datos del Suministro

Clase Ser: Residencial
Estrato: 2-Bajo
Zona: OCCIDENTE
Nivel Tens: 1-Secundaria
Carga Insta: 1600 W
Nodo: T09859-GL1P
Tipo Lig: lectura

DATOS DE LA VALORIZACIÓN DE EXCEDENTES

Importación	547.60
Créditos de Energía	220.86
Excedentes	220.86
Costo Comercilización	158.39
Costo Horario	996.28

Saldo Acumulado Excedentes: $0

Costo Unitario de Prestación del Servicio

Generación	
Transmisión	
Distribución	
Restricciones	
Pérdidas	
Comercialización	
Costo Unitario	
Tarifa Aplicada	

Datos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
5-85871845	ISK	A-AG	0-Toma exitosa de Lectura	547.598	0	1	548

Indicadores de Calidad Individual

Nodo 709859 Grupo Calida 31

Horas a compensar	0
Compensacion por evento	0
Meta Calidad opr Duración	64.82
Meta calidad por eventos	21.6
Eventos acmulados año	4
Duracion acmulador año	11.80
Consumo a compensar	0
Cargo distribución	306.5

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
0	Deuda Capital	131840
607	Ajuste Decena	4
619	Descuento Subsidio	-44.062
625	EXC A FAVOR EMPRESA	360.502

Ultimos Consumos

Año	Mes	Consumo
2024	6	539
2024	5	641
2024	4	508
2024	3	61
2024	2	427
2024	1	297

Promedio Cuenta: 395
Consumo Año Anterior: 808

Liquidación de Consumo

VALORIZACIÓN DE EXCEDENTES F

A. Consumo Facturable	-325,520.00
B. Costo por Comercialización	34,982.00
C. Excedentes Pagados	0.00
Total Valorización (A-B+C)	-360,502.00

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Total cuota Financiación: 0

Tasa de Interés: 0.00 %

Debido al no pago oportuno de su factura, ELECTROHUILA procederá a la suspensión del servicio de energía eléctrica, una vez quede en firme la presente decisión, contra la cual procederán los recursos de reposición ante la División de PQR, en subsidio el de apelación ante la Superservicios, el cual debe interponerse "en un plazo máximo, dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación del presente acto, conforme a lo establecido

CUFE

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	
Total ElectroHuila	$0
Total Servicio de Aseo	$428,294
Total Alumbrado Público	
Total Otros Cobros	$16,276
Total a Pagar	$449,910

FOES	Ultimo Pago	Fecha de Vencimiento
Kwh $/Kwh Total N Fact	$264,050 29/05/2024 Emitida Por: CARLOS TIERRADENTRO Pag: 1	PAGO INMEDIATO

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

PAGO INMEDIATO

Linea de transparencia

Reporte en la línea de transparencia todos los presuntos actos de soborno, corrupción o comportamientos indebidos de nuestros trabajadores y/o contratistas
Línea gratuita 018000 117766
Correo electrohuila@lineatransparencia.com
Acceda directamente escaneando el Código QR

(415)7707274499679(8020)0365917485(3900)0000449910(96)20240731

LA PRESENTE FACTURA PRESTA MERITO EJECUTIVO EN VIRTUD DEL ARTICULO 130 DE LA LEY 142 DE 1994 MODIFICADA ARE 19 LEY 689 DE 2001

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner