REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61178108

NUIP 1.084.870.872

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE IQUIRA - COLOMBIA - HUILA - IQUIRA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PERDOMO	MARROQUIN

Nombre(s): JUAN SEBASTIAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes JUN Día 06	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO C DE NACIDO VIVO	172948958

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: MARROQUIN ARIAS PAOLA ANDREA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.075.274.896	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: PERDOMO ARIAS JAMINTON ULICES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.075.273.210	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PERDOMO ARIAS JAMINTON ULICES

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.075.273.210	Jaminton Ulices Perdomo A.

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 2022 Mes JUN Día 17	MAGNOLIA GONGORA TRUJILLO - REGIS Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Jaminton Ulices Perdomo A. Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS: 17-JUN-2022 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 9 FOLIO 04

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

61178108

Powered by CamScanner

1/2

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.075.273.210
PERDOMO ARIAS

APELLIDOS
JAMINTON ULICES

NOMBRES

Jaminton ulices Perdomo

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 05-JUL-1993
IQUIRA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

23-AGO-2011 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1900100-00354515-M-1075273210-20120107 0028902408A 1 36740227

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO 1.075.274.896

MARROQUIN ARIAS

APELLIDOS

PAOLA ANDREA

NOMBRES

Paola andrea marroquin

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-JUL-1993

IQUIRA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

11-NOV-2011 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 23/11/2025

Ficha: 41357014504400000264

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **JUAN SEBASTIAN**

Apellidos: **PERDOMO MARROQUIN**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1084870872**

Municipio: **Iquira**

Departamento: **Huila**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **26/11/2018**

Última actualización ciudadano: **22/07/2022**

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:	**ANA LUCY FIERRO RIVAS**
Dirección:	**Calle 4 No. 6-29**
Teléfono:	**8394622**
Correo Electrónico:	**sisben@iquira-huila.gov.co**

Powered by CamScanner

ElectroHuila

Sr (a) : ZUÑIGA PERDOMO ANGELINO
c.c. / Nit: 213144
BRR LA FLORESTA PACARNI
Municipio: 797 TESALIA HUILA Ruta: 47970044770
Dirección Postal:
Ciclo: 72 Sector: 4-INSP. PACARNI

SU CÓDIGO DE CUENTA ES: 297568889
PARA CUALQUIER CONSULTA Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No. 85251807
Fecha De Emisión 18/02/2025

Periodo	Periodo Facturado	Pago Total	Pago Mínimo	Periodos Vencidos
2 / 2025	15/01/25-14/02/25	$38,080	$38,080	0 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial
Estrato: 2-Bajo
Zona: OCCIDENTE
Nivel Tensión: 1-Secundaria
Carga Instalada: 1000 W
Nodo: T12966-PCNP
Tipo Liqui.: lectura

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

Cálculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-6658717	KRI	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	18700	18633	1	67

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	67.645
110	Interes moratorio	23
905	Subsidio	<33.048>

Ultimos Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	1	89	2024	7	59
2024	12	92	2024	6	44
2024	11	62	2024	5	49
2024	10	32	2024	4	54
2024	9	35	2024	3	42
2024	8	37	2024	2	32

Promedio Cuenta: 57
Consumo Año Anterior: 32

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	173	67.0	516.3733	$34.597

Nodo 6580315 Grupo Calida 31
noras a compensar
Compensacion por evento
Meta Calidad opr Duración 81.0
Meta calidad por eventos 2
Eventos acmulados año 4
Duracion acumulador año 22.0
Consumo a compensar 68.2
Cargo distribución 263.

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total

Tasa de Interés: 0.00 %

Total cuota Financiación 0

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	$0
Total Electricidad	$34,620
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	$3,460
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	$38,080

CUFE 3e31a01c871ef4efa35ef4fa523d7ddaaa39caa3094bf464f2167eda8324027d1cb46ebde66b360c809604187b4da155 Numero de Factura Electronica EH-2042261 Numero de factura: 85251807

FOES	Ultimo Pago	Fecha de Vencimiento
Kwh$/Kwh Total N. Fact	$50,420 02/02/2025 Emitida Por: YULIETH.CEBALLESB Pag: 3114	27/02/2025

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

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 117766
Correo electrohuila@lineatransparencia.com
Accede directamente escaneando el Código QR

(415)7707274499679(8020)0297568889(3900)0000038080(96)20250227

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

Para mayor detalle consulte las resoluciones CREG 654 de 2018 y 030 de 2019

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	1084870872
NOMBRES	JUAN SEBASTIAN
APELLIDOS	PERDOMO MARROQUIN
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	IQUIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	06/09/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

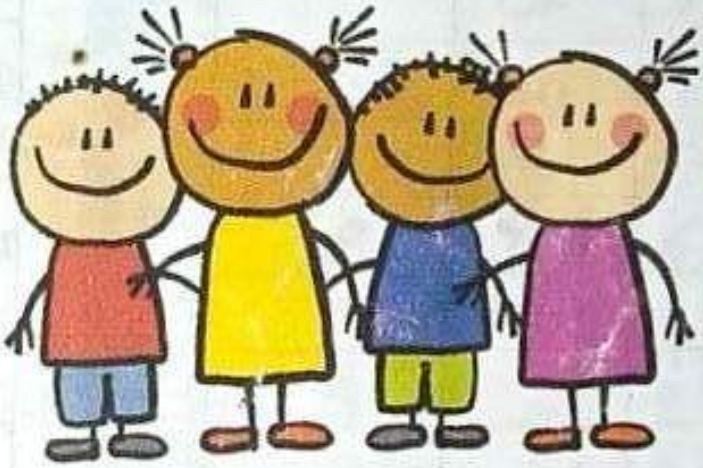
Fecha de Impresión:	11/23/2025 17:50:17	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Powered by CamScanner

HOSPITAL
María Auxiliadora
E.S.E. IQUIRA - HUILA
COD 41350047401 Nit. 891.103.968-1



CARNÉ DE SALUD
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS

Nombres: Juan Sebastian

Apellidos: Perdomo Manrique

Fecha de Nacimiento: 06-06-22

Registro Civil: _____

Municipio: _____

Dirección: _____

Barrio o Vereda: _____

Nombre del responsable del niño: _____

Historia Clínica No: _____

Organismo de Salud: _____

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS DE LAS CITAS PROGRAMADAS, CUANDO LOS AGENTES DE SALUD SE LO RECOMIENDEN

Powered by CamScanner

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

AÑO	MES	DIA	PESO (Kg)	TALLA (cm)	PERÍMETRO BRAQUIAL(cm)
22	07	22	5.835	56	13.
2023	01	25	9.9K	70	
2023	05	12	10.42	76	16.
23.	11.	09	11.7	78.	16
24	04	22	12.7.	88	18
24	09	11	14,2	89,5	18

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DIA	HORAS	CUMPLIDO SI	CUMPLIDO NO	PERSONAL QUE ATENDIO
22	07	22		X		Pacheco
22.	11				X	
2023	Mayo	12		X		Karen cerqueira.
2023	OCTUBRE				X	
24	Marzo.					Maria M. Cadeña O. Enfermera Profesora
2024	abril	22		A		
2024	Marzo	09		/		
2025	Mayo					

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: | Tipo identificación: | No. ID:

Edad	Me protege de		Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido							Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Tuberculosis meningea (BCG)		Única	6	6	22	Serum	03700MA090	Hup				Tina Tovar P
	Hepatitis B		Recién nacido	6	6	22	Serum	03200X017E	Hup				
							Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
2 meses	Poliomielitis (VIP)		1.ª	06	08	22	Biological	214000B3	Ese Tesalia	6	8	22	Lina Quivano
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	06	08	22	Serum	28J1X007C	Ese Tesalia				Lina Quivano
		Hepatitis B	1.ª	06	08	22	Serum	28J1X007C	Ese Tesalia				Lina Quivano
		Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	06	08	22	Serum						Lina Quivano
	Diarrea por rotavirus		1.ª	06	08	22		AROLD741AD	Ese Tesalia				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		1.ª	06	08	22	Prevenar	FR4897	Ese Tesalia				
							Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
4 meses	Poliomielitis (VIP)		2.ª	16	10	22	Biological	21401014	Ese Tesalia	06 TO 22			Hernando Alfonso Ramirez
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	15	10	22	Serum	28S1Y0222B	Hospital Honda				
		Hepatitis B	2.ª	15	10	22	Serum	28S1Y0222B					
		Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	15	10	22	Serum	28S-Y0222B					
	Diarrea por rotavirus		2.ª	15	10	22	GSK	BR0LD045AC					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		2.ª	15	10	22	GSK	FR4897					
							Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
6 meses	Poliomielitis (VIP)		3.ª	17	12	22	Biological	21401014	Ese Tesalia	12	22		Lina Quivano
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	17	12	22	Serum	28S1X021D	Ese Tesalia				Lina Quivano
		Hepatitis B	3.ª	17	12	22	Serum	28S1X021D	Ese Tesalia				Lina Quivano
		Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	17	12	22	Serum	28S1X021D	Ese Tesalia				Lina Quivano
	Influenza estacional		1.ª	20	05	23	Flu Multi	V5052300 4	Ese Tesalia				Erith Aragon
7 meses	Influenza estacional		2.ª	07	07	23	Flu Multi	V5052300 4	Ese Tesalia				Erith Aragon
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		1.ª	10	06	23	Serum	0131N082A	Ese Tesalia				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		Refuerzo	10	06	23	Serum	F49925	Ese Tesalia				
	Varicela		2.ª	10	06	23	Merck	W02503B	Ese Tesalia				
	Hepatitis A		Única	10	06	23	Serum	20220100 5	Ese Tesalia				
	Influenza estacional		Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☒ VOPb ☐)		1.er refuerzo	13	01	24	Biological	22350001	Ese Tesalia				
	TETRAVALENTE		1.er refuerzo	13	01	24	Serum	2852X003A	Ese Tesalia				
	Fiebre amarilla		Única	13	01	24	SANOFI	W3D50	Ese Tesalia				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		2.ª	13	01	24	Merck	01753N001A	Ese Tesalia				
	Varicela		Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)		1.ª										
			2.ª										
			3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis													

cita 6/6/24.

María Garcés
Aux. de Enfermería
Res. 434
Lina Marcela Quivano R.
AUXILIAR DE ENFERMERIA
RES. 16-292

Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

La 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.

Powered by CamScanner

GRUPO LIBERTAD	**FUNDACION GRUPO LIBERTAD** Acta de compromiso y corresponsabilidad con padres de familia y/o cuidadores	**NIT. 900027451-0**

En mi calidad de padre o madre de familia usuarios del servicio prestado por el ICBF en la UDS Paola Andrea Mavroquin, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio Hogar Chiquitines. 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): Juan Sebastian Perdomo con RC No 1085487087 Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al HCB, teniendo en cuenta que es un servicio que me presta el Estado en el marco de la garantía de los derechos de los niños y las niñas.
2) Participar de las actividades que sean convocadas por UDS, la Entidad Administradora del Servicio o el ICBF, con el fin de promover el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas.
3) Cumplir el horario de atención establecido en la UDS
4) Verificar y dejar constancia en qué circunstancias ingresa y se retira a mi hijo(a) de la UDS.
5) Entregar los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de mi hijo(a) Estos documentos son:

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

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

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	NIT. 900027451-0
	Acta de compromiso y corresponsabilidad con padres de familia y/o cuidadores	

6) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) asista al servicio médico y demás actividades de promoción y prevención para lograr el mejor estado posible de salud.
7) Realizar las gestiones orientadas a que mi hijo(a) transite al Sistema de Educación Escolar, una vez haya cumplido los cinco (5) años.
8) Informar y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de mi hijo(a), adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
9) Elegir o ser elegido en el comité de control social que se convoquen con el fin de velar por una prestación del servicio conforme a los Lineamientos establecidos por el ICBF para la Modalidad Comunitaria

En constancia de lo anterior, se firma el acta de compromiso siendo el día 4 del mes Noviembre del año 2025, en el Municipio de Pacora - Tesalia.

Paola andrea Marroquin
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Diana Rocha
MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	F2.P2.CE	11/07/2024
		Versión 5	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 Juan Sebastian Perdomo, identificado (a) con documento de identidad número 1084870892, 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	

Autorización - Uso imagen del titular:
Yo, Paola Andrea Marroquin, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1075274896, 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	

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 y adolescentes 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 y adolescentes, 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 la **Fundaciòn Grupo Libertad**, 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 **HCB Comunitaria**

Suscriben:

Firma: Paola M.
Nombre: Paola Andrea Marroquin
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 4 Noviembre 2025
Municipio: Pacora - Tesalia

¡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.
COPIA NO CONTROLADA
Powered by CamScanner