Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACIÓN 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 GESTANTES PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD EDUCACIÓN INICIAL EN EL HOGAR

UDS Padres creciendo juntos 2

PARTICIPANTE: ELIANA PEDOMO BAUTISTA

TI _ CC__ No. 1076904241

DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotografía física, ésta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez		X	
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. – o 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 del control prenatal	Seguimiento	Cada vez que el participante asista a la valoración según esquema establecido	✓		
Copia del carnet de vacunación actualizado según la edad gestacional	Seguimiento	Cada vez que el participante asista según el PAI	✓		
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 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

TARJETA DE IDENTIDAD

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.076.904.241

Apellidos
PERDOMO BAUTISTA

Nombres
ELIANA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.58	F

Fecha de nacimiento
18 FEB 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
NEIVA (HUILA)

Fecha y lugar de expedición
21 FEB 2023 PAICOL

Firma
ELIANA

Fecha de expiración
21 SEPT 2033

CO

0302747 65

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

I<COL0302747650190 52<<<<<<<<<<
0502180F3309210COL1076904241<5
PERDOMO<BAUTISTA<<ELIANA<<<<<<

2

Scanned with CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 02/03/2025

Ficha: 41518008503900000252

B5

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ELIANA

Apellidos: PERDOMO BAUTISTA

Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

Número de documento:

1076904241

Municipio: Paicol

Departamento: Huila

Scanned with CamScanner

E.P.S. Sanitas

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**

CERTIFICA

Que Eliana Perdomo Bautista, identificado(a) con CC número 1076904241, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1076904241
NOMBRES Y APELLIDOS	Eliana Perdomo Bautista
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	18/02/2005
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/04/2020
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	38 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	39 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/04/2020
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

4

Scanned with CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
SANTA ROSA DE LIMA DE PAICOL
NIT. 813.011.027-5 - CODIGO IPS: 4151800640
Calle 3 Cra 7 Esq. Telefax: 8378037

SANTA ROSA DE LIMA - PAICOL

HISTORIA CLINICA MATERNO - PERINATAL - CLAP - OPS/OMS

IDENTIFICACION HISTORIA CLINICA: 1076904241

NOMBRE: Eliana Perdomo Bautista
DIRECCION: B/100 Almendros
LOCALIDAD / MUNICIPIO: Paicol - Huila
TELEF: 3158568017
FECHA DE NACIMIENTO (Dia Mes Año): 18,02,05
EDAD (años): 19 (< de 15 / > de 35)
ETNIA: Blanca / Negra / Mestiza / Indigena / Otra
LEE Y ESCRIBE: SI / NO
ESTUDIOS: Ninguno / Primaria / Secund. / Univers. / Años en el mayor nivel: 11
ESTADO CIVIL: Casada / Unión Libre / Soltera / Otro
CONTROL PRENATAL EN:
PARTO EN:
REGIMEN: CONT. / SUB / VIH. / OTRO
NOMBRE EPS/ARS: Sanitas

ANTECEDENTES

FAMILIARES (No / Si): TBC / Diabetes / Hipertensión / Preeclampsia Eclampsia / Otros
PERSONALES (No / Si): I H G
Cirugia Pélvica / Infertilidad / VIH+ / Cardio/nefropatia / Cond.médica grave / mola / Emb.ectópico

OBSTETRICOS
ULTIMO PREVIO: <2500g / >4000g / Gemelares
Gestas Previas / Abortos / Vaginales / Nacidos vivos / Viven
3 Espont. consecutivos
Partos / Cesáreas / Nacidos Muertos / Muertos 1 sem. / Después 1 sem.
FIN EMBARAZO ANTERIOR (Dia Mes Año) — Menor de 1 año / más de 5 años
EMBARAZO PLANEADO / DESEADO: SI / No
FRACASO DE METODO ANTICONCEPTIVO: no usaba / barrera / DIU / hormonal / emergencia / natural / ligadura / no aplica

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR: 65 Kg
TALLA (cm): 157
GESTACION NUMERO: 01
FUM (Dia Mes Año): 22,08,24
FPP (Dia Mes Año): 15,05,25
EG CONFIABLE POR: SI / No — FUM / Eco<20s.
FUMA: SI / No / Pasiva
CIGARRILLOS POR DIA: 0=No fuma
Alcohol: No / SI
Drogas: No / SI
ANTITETÁNICA: Vigente SI / No — DOSIS 1ª / 2ª — MES GESTACION
ANTIRUBEOLA: Previa / No sabe — Embarazo / No

EX-NORMAL: ODONT. / MAMAS / CERVIX (SI / No)
HEMOCLASIFICACION: GRUPO O — Rh + / - — Sensibilización — No / SI
CITOLOGIA: + / no se hizo
COLPOSCOPIA: + / no se hizo
VIH: Consej. SI / No — Solicitado
DARL/RPR <20 sem: - / + / no se hizo
DARL/RPR <20 sem: - / + / no se hizo
SIFILIS CONFIRMADA POR FTA: SI / No — No se Hizo / N/C
Hb <20 sem: <11.0g
Hb <20 sem: <11.0g
AgSHB: - / + / no se hizo
TEST O'SULLIVAN mg/dl: <135 / 135 - 199 / >=200 / no hizo

Fecha de la Consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	24/01/25	28/02/25 reos	29/04/25	25/09/25						
Semanas de amenorreas	65	29 5/6	33 4	37.1						
Peso (kg)	24.15.	69 k	70	73						
Tensión arterial máx/min (mm Hg)	100/60	110/70	100/70	110/70						
Alt.uterina / pubis fondo / present. Cef/pelv/Tr	22 Cef	23 Trans	30 Pel	35 Cef						
F.C.F. (lat./min.) / mov fetal	141 +	146 +	132 +	139 +						
Edema / Temperatura	NO 36	NO 36	SI 36	SI 36.3						
Fe / Folatos / Calcio										
Signos de alarma / Examenes / tratamiento										
Firma Profesional	Tania Bustán R.M. 1079508770 USCO			Hna Berna						

PARTO / ABORTO
FECHA DE INGRESO (Dia Mes Año)
CARNÉ SI / No
CONTROLES PRE-NATALES Total
HOSPITALIZACION en EMBARAZO Dias
CORTICOIDES ANTENATALES: Ciclo único completo / Ciclo único Incompleto — Multiples / Ninguna — Semana Inicio n/c
INICIO T de P: Espontáneo / Inducido / Cesar Elect.
RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: Integras / Rotas — Dia Mes Año — Hora Min — Semana ruptura — < 37 sem / 12 hrs / temp 38ºC
HORAS ENTRE RUPTURA Y PARTO
EDAD GEST. AL PARTO: Semanas Dias — Por FUM / por ECO
PRESENTACION: Cefalica / Pelviana / Transversa

ACOMPAÑANTE EN T de P: Pareja / Familiar / Otro / Ninguno
NACIMIENTO VIVO / MUERTO: Anteparto / Parto / Ignora momento
FECHA: Hora Min — Dia Mes Año
MULTIPLE: Orden fetos — 0= Unico
TERMINACION: Espontánea / Fórceps / Cesárea / Espátula
INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO: Código — INDUCCION — OPERATORIO
POSICION PARTO: Sentada / Cuclillas / Acostada
EPISIOTOMIA: No / SI
ENEMA / RASURADO: Sólo enema / Sólo rasurado / Enema y rasurado — No / SI
DESGARROS: No / Grado (1 a 4)

OCITOCICOS EN ALUMBRAMIENTO: Ocitocina / otro Ocitócico / Espontáneo / No
PLACENTA: Completa / Retenida — SI / No
MEDICACION RECIBIDA: Ocitócicos en Td P / Antibioticos Analgesia / Epidural Anestesia / Regional — Anestesia General / Sulfato de magnesio / Transfusión: Sangre Derivados Ninguno
ENFERMEDADES — Ninguna: HTA Crónica / HTA Gestacional / Preeclampsia (M S) / Eclampsia / Cardiopatía Nefropatía / Diabetes (I H G) / Anemia
Infcc.urinaria / Amenaza parto Pretermino / R.C.I.U / Ruptura prem de membranas / Corio-amnionitis / Otras graves
HEMORRAGIA: 1er Trim / 2do Trim / 3er Trim / Postparto / Infección Puerperal — Código
LIGADURA CORDON: <30s / 30s 1m / >1m
SE HIZO PARTOGRAMA: SI / No
ATENDIO PARTO: Médico / Enf. / Auxiliar / Estud. / Empirico / otro
NOMBRE O CODIGO DEL PROFESIONAL

RECIEN NACIDO

SEXO: F / M / No definido
PESO AL NACER: g — Menor 2500g
TALLA AL NACER: mm
PERIMETRO CEFALICO: mm
EDAD GESTACIONAL CONFIABLE: Semanas / Dias EG — FUM / ECO / ESTIMADA
PESO EDAD GESTACIONAL: Adec / Peq / Grande
APGAR: 1er min / 5º min
HEMOCLASIFICACION: Grupo — Rh + / - — Sensibilizado — No / SI

REANIMACION: Ventilación presión + / Intubación OT / Masaje cardiaco / Adrenalina / Flujo libre 02 — Ninguna
FALLECE EN SALA DE PARTO: No / Si
REFERIDO: Alojamiento conjunto / Hospitalizado / Otro hospital
DEFECTOS CONGENITOS: No / Si — Menor / Mayor — Código
ENFERMEDADES — ninguna / Código
TAMIZACION NEONATAL: VDRL / TSH / Audición / Hiper.bili — normal / anormal / no se hizo / pend. result.
Meconio 1er.dia: SI / No
Boca Arriba: SI / No
Otras Posiciones
ATENDIO NEONATO: Médico / Enf. / Aux. / Estud. / Emp. / otro
NOMBRE O CODIGO DEL PROFESIONAL
VITAMINA K: SI / No
Profilaxis Oftálmica: SI / No
Dia / Mes
Vivo / Con patología / Traslado referida / Fallece / Fallece después del traslado / Sana después del traslado

El color Amarillo significa ALERTA

5

Scanned with CamScanner

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

APLICACIÓN DESPUÉS DE LAS 16 SEMANAS DE GESTACIÓN

VACUNA	FECHA	FIRMA VACUNADORA
TOXOIDE 1D		
TOXOIDE 2D		
INFLUENZA ESTACIONAL		
DPT ACELULAR GESTANTE > 26 SEMANAS		

REALIZACION PRUEBAS RAPIDAS DUO VIH- SIFILIS

ATENCION	FECHA	FIRMA ENFERMERA
Primer Trimestre: Inicio del CPN	24/12/24	
Segundo Trimestre: Semana 20 a 24. 16	29/11/24	J. Nancy Pulgarin
Tercer Trimestre: Semana 30 a 34.		

ANTES DE FINALIZAR EL EMBARAZO DEBES TENER LAS SIGUIENTES CONSULTAS

ATENCION	FECHA	FIRMA PROFESIONAL
Asesoría en Planificación Familiar		
Consulta Antenatal por Pediatra		

LABORATORIOS QUE SE DEBEN SOLICITAR Y CONSIGNAR DURANTE EL CONTROL PRENATAL

		11-14	16-20	20-24	24-28	32-34		

Scanned with CamScanner

SURCOLABI IPS

BIENVENIDA

Recuerda que los controles prenatales son de forma mensual hasta que cumplas las **36 semanas** de ahí en adelante cada 15 días hasta el proceso del parto.

Visitaras al ginecólogo en la semana 28 y en la semana 36 de gestación o según criterio de tu médico de control prenatal.

ACTIVIDADES DEL CONTROL PRENATAL

Fecha inscripción prenatal: 24/11/2024 Riesgo Obste. BAJO

CONTROLES MÉDICOS Y/O ENFERMERÍA

Fecha 1 control: 25/11/2024 8:00 Am Dra Tania A. Diaz	Fecha 6° control:
Fecha 2° control: 5-12-24	Fecha 7° control:
Fecha 3° control: 7-01-25	Fecha 8° control:
Fecha 4° control:	Fecha 9° control:
Fecha 5° control:	Fecha 10° control:

Scanned with CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	29/11/24	2333/037C	CAROLINA
	2	30/12/24	2333/037C	CAROLINA
	3	Junio 2025		
	4			
	5			
Td o dT acelular	1	8 02 25	AC3M3783AC	
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	23/11/24	V5032402	CAROLINA.
			Mayo 2025	
Otras				

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de Vacunación del adulto

Nombres: ELIANA

Apellidos: PERDOMO BAUTISTA

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1076904241

Fecha de nacimiento: Día 18 Mes 02 Año 2005

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 Padres Creciendo Juntos 2, 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): Eliana Peñaranda Bautista con RC No 1076904241 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 PACORA HUILA.

ELIANA PERDOMO BAUTISTA
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Stefania Calderon
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 ELIANA PERDOMO BAUTISTA, identificado (a) con documento de identidad número 1076904241 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, ELIANA PERDOMO BAUTISTA, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1076904241 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

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

Suscriben:

Firma: ELIANA PERDOMO BAUTISTA
Nombre: ELIANA
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3158568017
Fecha: 06/03/2025
Municipio: PAICOL HUILA

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 26.529.325
BAUTISTA ALVARADO

APELLIDOS
YOLANDA

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-1973
PAICOL
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

13-AGO-1991 PAICOL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

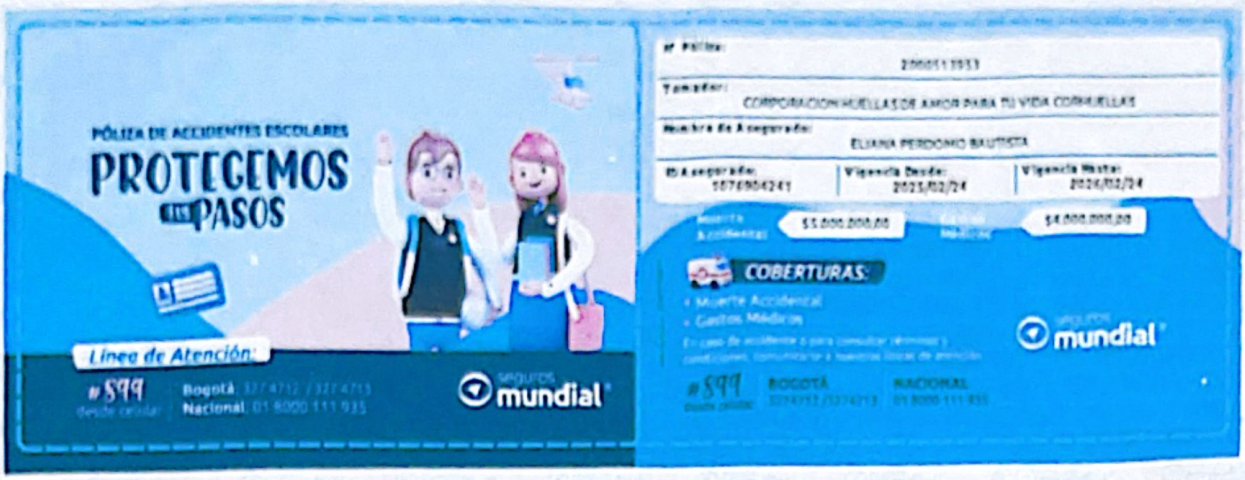
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1905200-00210614-F-0026529325-20100126 0020284891A 1 24775175

10

Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner