



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: DE LA MANO FAMILIAR 2 SEMILLAS DEL FUTURO

PARTICIPANTE: YOSELIN TAMARA CUBIDEZ MEDINA

RC No. 1079413958

FOTO DEL PARTICIPANTE



DOCUMENTO Y REQUERIDO PARA FOCALIZAR	CUMPLE	COMPROMISO
Fotocopia del Registro civil de nacimiento (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)		
Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF. SISBEN		
Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social		
Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo		
Copia del carné de vacunación actualizado según la edad.		
Copia del carnet u/o certificado de asistencia a consulta de salud oral.		
Carnet póliza de seguro		
Certificado del examen de agudeza visual Y tamizaje auditivo. (Aplica para niñas y niños al cumplir los 4 años)		
Para identificar lugar de residencia, fotocopia de un recibo de servicios público.		
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable		
Formato autorización toma de fotos y videos		
Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos		
Acta de aprobación pacto de convivencia		
Formato veracidad de la información diligenciamiento ficha de caracterización.		
Formato escala de valoración cualitativa		

NUIP

1.079.413.958

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTOIndicativo
Serial

64188715

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒Notaría ☐Número ☐Consulado ☐Corregimiento ☐Inspección de Policía ☐

Código

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

REGISTRADURIA DE TESALIA - COLOMBIA - HUILA - TESALIA

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

CUBIDES

MEDINA

Nombre(s)

YOSELIN TAMARA

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año

2025

Mes

AGO

Día

27

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

POSITIVE

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

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

MEDINA SALAZAR LEIDY YOANA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.079.408.908

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

CUBIDES ZUNIGA MILTON

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.079.408.839

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CUBIDES ZUNIGA MILTON

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC 1.079.408.839

Milton Cubides Z

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

2025

Mes

AGO

Día

27

DIOGENES ORTIZ BRAND - REGISTRADO

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Milton Cubides Z

Firma

Nombre y firma

REGISTRADURIA MUNICIPAL

ESPACIO PARA NOTAS

DEL ESTADO CIVIL

TESALIA - HUILA

27 AGO 2025

EL COPIA TOCADA DEL ORIGINAL

ESTA REPRODUCCIÓN
FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE
LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS
ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA

DIOGENES ORTIZ BRAND

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

2

Registro válido

Fecha de consulta:

17/11/2025

Ficha:

41797004539700000079

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: YOSLIN TAMARA

Apellidos: CUBIDES MEDINA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413958

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

28/07/2019

Última actualización ciudadano:

27/08/2025

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:

DANIELA VALENTINA MUÑOZ LOPEZ

Dirección:

Carrera 9 No 6 - 11

Teléfono:

8377022 - 3144647676

Correo Electrónico:

sisben@tesalia-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	1079413958
NOMBRES	YOSELIN TAMARA
APELLIDOS	CUBIDES MEDINA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	TESALIA

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	23/08/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 11/17/2025 14:26:12 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



Sr(a): CUBIDES ZUNIG, MILTON

c.c. / Nit: 1079405339

CL 6 # 2-18

Municipio: 797 TESALIA

HUILA

Ruta: 47970010900

Dirección Postal:

Ciclo: 71 Sector: 1-LIBRETIN 1 DE TESALIA

SU CÓDIGO DE CUENTA NIU
669559700
PARA CUALQUIER CONSULTA
Y PAGO ELECTRÓNICO

Factura De Venta No.
84016191

Fecha De Emisión
18/11/2024

Periodo:	Periodo Facturado:	Pago Total:	Pago Mínimo:	Periodos Vencidos:
11/ 2024	15/10/24-13/11/24	\$29,840	\$29,840	0 meses

Datos de la Cuenta

Clase Servicio: Residencial	Nivel Tensión: 1-Secundaria	Tipo Liqui.: lectura
Estrato: 1-Bajo Bajo	Carga Instalada: 0 W	
Zona: OCCIDENTE	Nodo: T10103-PCNP	

COSTO UNITARIO DE PRESTACION DE SERVICIO

Generación	417.35
Transmisión	48.55
Distribución	266.9
Restricciones	12.11
Pérdidas	95.14
Comercialización	152.76
Costo Unitario	992.81
Tarifa Aplicada	992.8057

Indicadores De Calidad Individual

Cálculos del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	OBSERVACION	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-8116364	SP	A-S	0-Toma exitosa de Lectura	9363	9296	1	67

Conceptos ElectroHuila

Concepto	Descripción	Valor
21	Consumo Periodo	66.518
110	Interes moratorio	66
008	Ajuste Decena	<4>
990	Subsidio	<38,945>

Últimos Consumos

Año	Mes	Consumo
2024	10	37
2024	9	34
2024	8	98
2024	7	98
2024	6	94
2024	5	98

Promedio Cuenta

93

Consumo Año Anterior

95

Liquidación de Consumo

No	Desde	Hasta	Consumo	Valor	Valor
1	1	173	67.0	411.5233	\$27.572

Financiación ElectroHuila

Descripción	Cuot Pend	Cuota Mes	Saldo Total
-------------	-----------	-----------	-------------

Tasa de Interés

0.00 %

Indicadores De Calidad Individual Retroactivo

Nodo 6580133 Grupo Calida	21
Horas a compensar	0
Compensacion por evento	
Meta Calidad opr Duración	62.37
Meta calidad por eventos	21
Eventos acumulados año	42
Duracion acumulador año	16.40
Consumo a compensar	0
Cargo distribución	265.2

Resumen Cuenta

Saldo Financiado	\$0
Total Electrohuila	\$27,634
Total Servicio de Aseo	
Total Alumbrado Público	\$2,206
Total Otros Cobros	
Total a Pagar	\$29,840

FOES

KwhS/Kwh Total n Fact

Último Pago

\$36,690

06/11/2024

Emitida Por:

YUJIETH.CEBALLES

Pag: 4686

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Línea de transparencia

Reporta 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

Accede directamente escaneando el Código QR.



(41517707274499679(8020)0669559700(3900)0000029840(96)20241127

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.079.408.908

NUMERO

MEDINA SALAZAR

APELLIDOS

LEIDY YOANA

NOMBRES

Leidy Yoana Medina

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-JUL-1988
NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

ESTATURA

O+

G S. RH

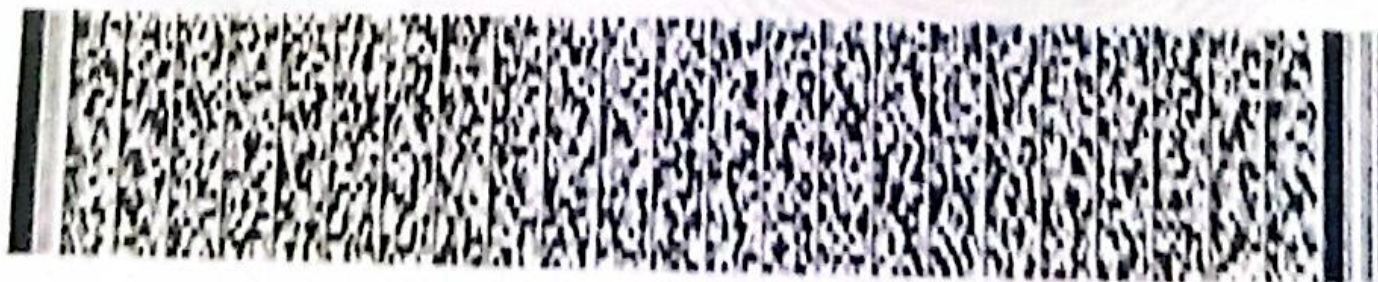
F

SEXO

27-JUL-2006 TESALIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almendra Benito Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMENDRA BENITO LOPEZ



P-1902500-50152641-F-1079408908-20061121

07544 06324A 02 189117204

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.079.408.839

CUBIDES ZUÑIGA

APELLIDOS

MILTON

NOMBRE



Milton Cubides Zuñiga



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-MAR-1987
TESALIA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

A+

G.S. RH

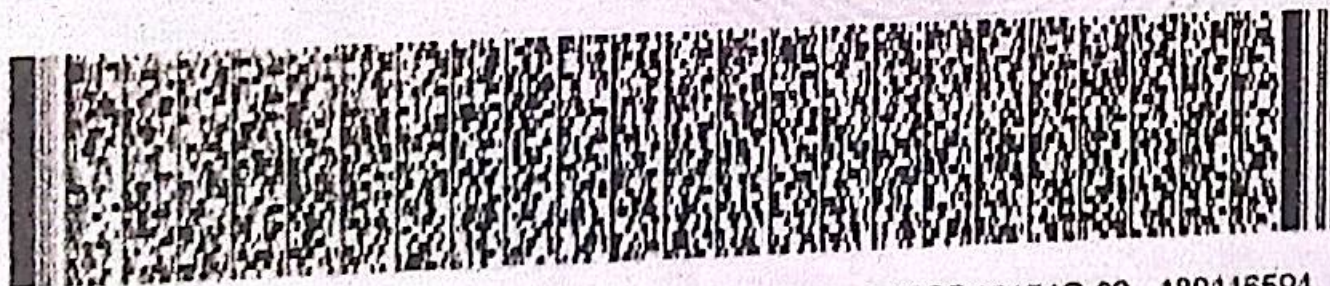
M

SEXO

07-ABR-2006 TESALIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-1902500-50149223-M-1079408839-20060623

01028061740 02 189116594

8

 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 _____, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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, Leidy Yoana Medina Salazar, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1079408908, 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 **Corporación Huellas De Amor Para Tu Vida**, 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: Leidy Yoana Medina
Nombre: Leidy Yoana Medina
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3222834902
Fecha: 05 DE MARZO 2025
Municipio: Tesalia Huila

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

 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 **DE LA MANO FAMILIAR 2 SEMILLAS DEL FUTURO** 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 como madre gestante (a): Leidy Yoana Medina Bobadilla con CC No 1019408908 Para ello me comprometo a:

- 1) Garantizar la asistencia 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 la madre gestante de la UDS.
- 5) Entregar los documentos establecidos por el ICBF, para la verificación del estado de derechos de la madre gestantes Estos documentos son:
 1. Certificado de afiliación a salud.
 2. Fotocopia del ce dula de ciudadanía una vez Nasca el niño registro civil.
 3. Fotocopia del camé de vacunas actualiza0
 4. Fotocopia del control de embarazo mes a mes actualizado
 5. Certificación de SISBÉN.

	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 la madre gestante asista al servicio médico y demás actividades de promoción y prevención para lograr el mejor estado posible de salud.
- 7) Informar y remitir excusa por medio escrito, sobre la inasistencia de la madre gestante , adjuntando los soportes que justifiquen dicha ausencia (si se cuenta con ellos).
- 8) 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 05 del MARZO del año 2025 en el Municipio de TESALIA HUILA

Leidy Yoonis Medina
 PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Yuli Brand Perdomo
 AGENTE EDUCATIVA

A los __ días del mes _____ de 2025 se reunieron los padres de familia y/o cuidadores y los agentes educativos de la Modalidad Familiar y comunitaria del municipio de Tesalia en la UA de la mano familiar 2 semillas del futuro para construir y generar los siguientes compromisos obtenidos en creación del pacto de convivencia en pro del reconocimiento y garantía de los derechos de todos los niños y niñas

1. Generar y promover sentido de pertenencia y responsabilidad con el GA Modalidad familiar y comunitaria UA
2. cumplir con la asistencia a los encuentros pedagógicos la no asistencia a ellos sin justificación ninguna perderá el cupo máximo (2 inasistencias)
4. Participar activamente en el desarrollo de las actividades propias del GA Modalidad familiar y comunitaria
5. Actualizar la papelería que sea requerida por las agentes educativas cada vez que la mujer gestante asista a los controles y vacunación, así mismo cuando el niño o niña sea llevado a control de crecimiento y desarrollo y vacunación.
6. Cumplir con los horarios acordados en las unidades de atención para los encuentros educativos 2:00 pm – 4:00pm
7. A acudir a los encuentros grupales con adecuada higiene personal, limpieza y organización
8. Enviar excusa debidamente justificada en caso de inasistencia a las actividades propias del GA Modalidad familiar y comunitaria , también aplica para las madres en etapa de puerperio.
10. Facilitar la concertación de los encuentros en el hogar con los agentes educativos.
11. Cuidar sus respectivas pertenencias y colaborar en el cuidado de los objetos que se encuentren en la unidad de atención.
12. Contribuir y colaborar con los recursos (materiales) solicitados por los agentes educativos para el desarrollo de las actividades pedagógicas.
13. Generar una relación de armonía y respeto con todos los integrantes del GA Modalidad familiar y comunitaria que promueva el desarrollo integral de los niños y niñas.
14. Promover la formación de valores el buen trato.
15. Responsabilizarse del cuido y protección de los niños y niñas en los encuentros educativos y de los niños que no pertenecen al programa modalidad familiar comunitaria
16. utilizar el buzón de PQR en caso de considerarlo necesario
17. Bajo el principio de confidencialidad el padre de familia autoriza a las entidades gubernamentales el acceso a la documentación personal de los niños, niñas madres gestantes y lactantes, beneficiarios con la única intencionalidad de que se gestionen y se accionen procesos en favor de la primera infancia.
18. Utilizar adecuada y oportunamente los lugares otorgados en calidad de préstamo para la realización de los encuentros educativos y darle un buen uso a los materiales y elementos pedagógicos.
19. no utilizar los teléfonos cuando se esta dando un encuentro pedagógico
20. consumir el refrigerio dentro de la unidad de servicio, (no consumir paquetes , papas , gaseosas etc)

Leidy Yohana Medina
Firma Padre de familia y/o cuidador

Yuli Brand Pesdomo
Firma Agente educativo

 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 Leidy Yoana Medina Salazar, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1079 408908 de Nena Huila, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) _____, identificados con NUIP No. _____, usuario de la unidad de servicio Semillas del Futuro, manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en Tesalia Huila, a los 03 días del mes 09 de 2025

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

Nombre: Leidy Yoana Medina

Firma: Leidy Yoana Medina

CC. No. 3722834902

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Magda Lorena Perdomo Ninco

Firma: Magda Lorena Perdomo Ninco

CC. No. 26472413 de Tesalia 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

13