307

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 INSTITUCIONAL

UDS CDI LA ARGENTINA
PARTICIPANTE: MIA ISABELLA REALPE SALAZAR
RC X **No.** 1.078.758.745

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	✓		

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA

F2.MT1.PP	30/01/2025
Versión 2	Página 2 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

Fecha de diligenciamiento: 01 | 10 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (X) Niñola entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

Tipo de vinculación: ( ) Participante de nuevo ingreso ( ) Participante de continuidad

Unidad de Servicio sugerida: cdi La Argentina parvulos B

Tipo documento identidad: (X) Registro Civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Cédula de ciudadanía ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Cédula extranjería ( ) Sin documento

Nacionalidad: _____

Número de documento: 1078758715

Fecha nacimiento: 12 | 09 | 2023

Nombres:

Apellidos:

¿Presenta discapacidad? ( ) Si (X) No

¿Cuáles aplican: ( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Múltiple ( ) Sordoceguera (X) N/A

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ( ) Si (X) No

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano ( ) Indígena (X) No se autorreconoce ( ) Comunidad negra ( ) Rom / Gitano ( ) Palenquero (a) ( ) Raizal

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ( ) Si (X) No

Indique cuales aplican: ( ) Migrante ( ) Campesinado ( ) Firmante de paz ( ) Víctima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Huila

Municipio de residencia: La Argentina

Zona: Centro

Barrio: las Brisas

Vereda:

Sector: Barrio

Dirección: Cra 5 Barrio las Brisas

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (X) Madre ( ) Padre ( ) Cuidadorte

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Sin documento

Nacionalidad: _____

Número de documento: 6090039

Nombres: Mariangel joselin

Apellidos: Salazar Pena

País de nacimiento: Venezuela

Fecha nacimiento: 24 | 09 | 1991

Correo electrónico: no tiene

Número de celular: 3169326306

Número de fijo: —

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema?: (X) Si ( ) No

https://prematricula.icbf.gov.co

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Mariangel

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

Observaciones:

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

310

37603047

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.078.758.745

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63548606

63548606

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☐ Número ☐☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ **Código**

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

REGISTRADURIA DE ACEVEDO - COLOMBIA - HUILA - ACEVEDO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BEALPE	BALAMAR

Nombre(s)

MIA ISABELLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes 01 Día 12	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA PITALITO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO DE NACIDO VIVO	2312130024165

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

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad

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

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
	JAMES BEALPE HOYOS

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 ☐☐☐☐ Mes ☐☐☐ Día ☐☐	Nombre y firma

dispapeles 60395

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner

Sisbén

Fecha de consulta: 01/11/2025

Ficha: 413780041030900000643

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MIA ISABELLA

Apellidos: REALPE SALAZAR

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1078758745

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/08/2025

Última actualización ciudadano: 20/08/2025

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: 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	1078758745
NOMBRES	MIA ISABELLA
APELLIDOS	REALPE SALAZAR
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	01/09/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

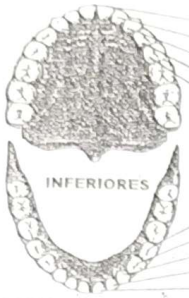
Fecha de Impresión:	11/01/2025 06:10:07	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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")



SUPERIORES	DIENTE	EDAD
	Incisivo Central	
	Incisivo Lateral	
	Canino	
	Primer Molar	
	Segundo Molar	

INFERIORES	DIENTE	EDAD
	Segundo Molar	
	Primer Molar	
	Canino	
	Incisivo Lateral	
	Incisivo Central	

RECOMENDACIONES

SALUD ORAL

CUIDADOS GENERALES

	TIPO DE VACUNA		RECIÉN NACIDO	2 MESES	4 MESES	6 MESES	12 MESES	18 MESES
			Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
Recién Nacido	Antituberculosa - BCG							
	Hepatitis B (Recién Nacido)							
A partir de los 2 Meses	PENTAVALENTE	Difteria - Tos ferina - Tetanos (DPT)						
		Haemophilus Influenza - TIPO b						
		Hepatitis B						
	Vacuna oral de polio - VOP							
	Vacuna oral de rotavirus							
	Vacuna contra el neumococo							
A partir de los 4 Meses	PENTAVALENTE*							
	Vacuna contra 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							

		ADICIONALES					
Al año de las terceras dosis	Difteria - tos ferina - Tetanos(DPT)						
	Vacuna oral de polio - VOP						
Al año 5 años de edad	Difteria - tos ferina - Tetanos(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 ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN acuda a la Promotora de salud, ala Unidad de Rehidratación Oral UROCS más cercana, o al Hospital.

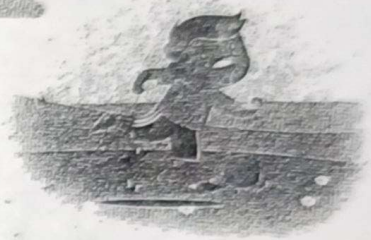
AL MES	EDAD	A LOS 24 MESES	EDAD
Patalea vigorosamente		Salta en los dos pies	
Sigue con los ojos al		Hace torre de 5 a mas cubos	
movimiento de un objeto.		Dice sola de 20 palabras o mas	
Se sobresalta con el ruido.		Control diurno de orina.	
Sigue movimientos del rostro.			
A LOS 3 MESES		A LOS 36 MESES	
Sostiene la cabeza.		Camina hacia atrás.	
Se lleva objetos a la boca.		Separa objetos grandes y pequeños.	
Reacciona con las personas.		Dos oraciones completas.	
Se voltea cuando se le habla.		Se baña solo las manos y la cara.	
A LOS 6 MESES		A LOS 48 MESES	
Intenta sentarse solo.		Lanza y agarra la pelota.	
Pasa objetos de una mano a otra.		Copia cuadrado y círculo.	
Reacciona cuando se le llama.		Describe bien un dibujo.	
Pone atención a la conversación.		Hace un amigo imaginal.	
A LOS 9 MESES		A LOS 60 MESES	
Se sienta por sí solo.		Hace saltando y agarra la pelota.	
Agarra objetos con los dedos.		Dibuja escalera.	
Pulgar a índice.		Nombra 4 a 5 colores.	
Dice una palabra clara.		Organiza Juegos.	
Imita órdenes.			
A LOS 12 MESES		A LOS 72 MESES	
Se para solo.		Salta desde 80 cms de altura.	
Busca objetos escondidos.		Dibuja casa.	
Entiende órdenes sencillas.		Conoce dias de la semana.	
Bebe en la taza sola.		Comenta vida familiar.	
A LOS 15 MESES		A LOS 84 MESES	
Corre.		Salta alternando los pies.	
Pasa hojas de un libro.		Copia una figura de tres cubos.	
Reconoce seis objetos.		Conoce ayer, hoy y mañana.	
Ayuda durante 5 a el baño.		Conoce fechas especiales.	

CITAS PROGRAMADAS

AÑO	MES	DÍA	HORA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
2024	JUNIO	25	6:00 AM		
2024	ENERO	11	7:30 AM		
2025	MARZO	04	8:30	✓	
2025	JULIO	12	3 AM		
2025	[illegible]	01	7 am	Viajar	
2026	ENERO	16	3 AM		

Atención con Calidad Humana

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALAC
NIT 813.01 0.966-1 Tel 8311607
Código del Prestador 41378003821
La Argentina - Huila



CARNÉ DE SALUD MENOR DE 10 AÑOS

Nombre: MIA ISABELLA BENITE
Fecha de nacimiento: 12 SEP 2023
Registro Civil: 10787567 45
Teléfono: 3169326306
Dirección: PRIMITIVO LOSADA
Barrio o Vereda: URBANO
Nombre Responsable del Niño: MARIANGEL JOSELIN
EPS afiliación: SANITAS
Sitio de atención: ESE JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS

ACUDA AL ORGANISMO DE SALUD EN LAS FECHAS D LAS CITAS PROGRAMADAS Y CUANDO LOS AGENTES DE SE LO RECOMIENDE

Pendiente Carnet

Powered by CamScanner

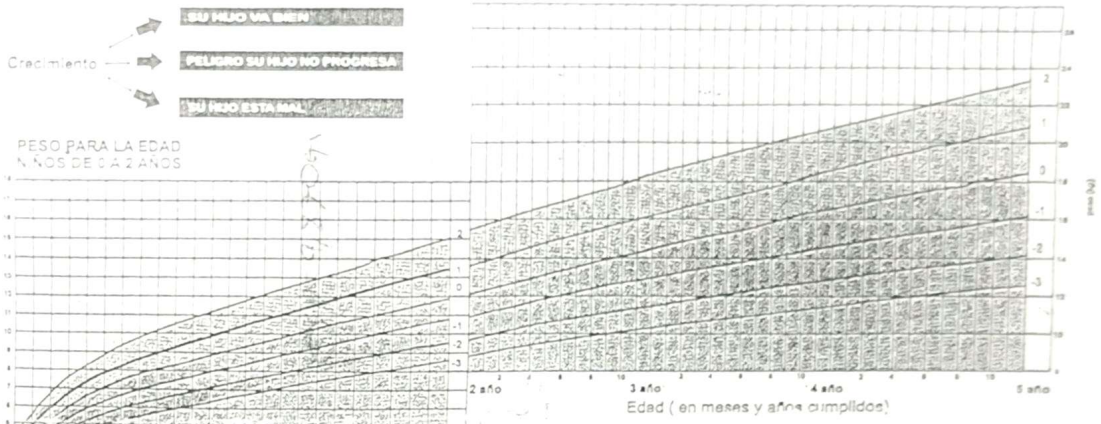
Powered by CamScanner

INTERPRETACIÓN DE LA CURVA DE CRECIMIENTO

Crecimiento

- SU HIJO VA BIEN
- PELIGRO SU HIJO NO PROGRESA
- SU HIJO ESTÁ MAL

Peso para la Edad
Niños de 2 a 5 años



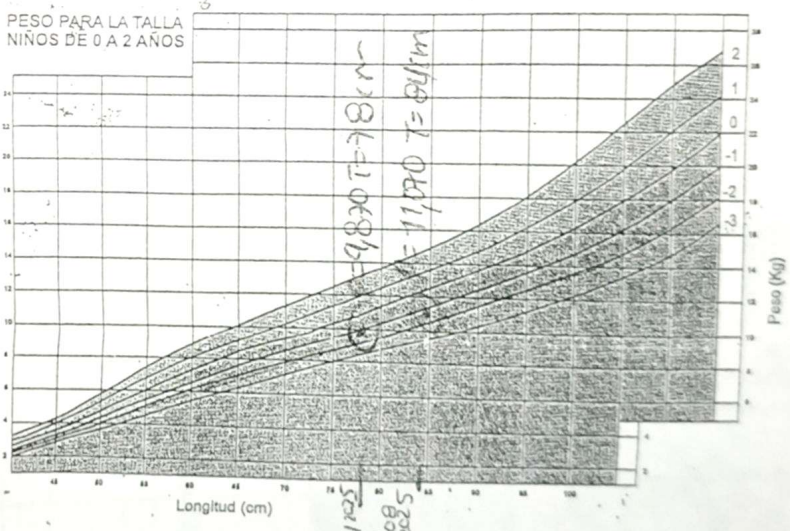
PESO PARA LA EDAD
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS

04/03/2025
P=9,970
T=
PC=46,5
PT=49
PB=14,5

08/08/2025
070 kg
T= 84 cm
PC=46
PT=49
PB=15,5

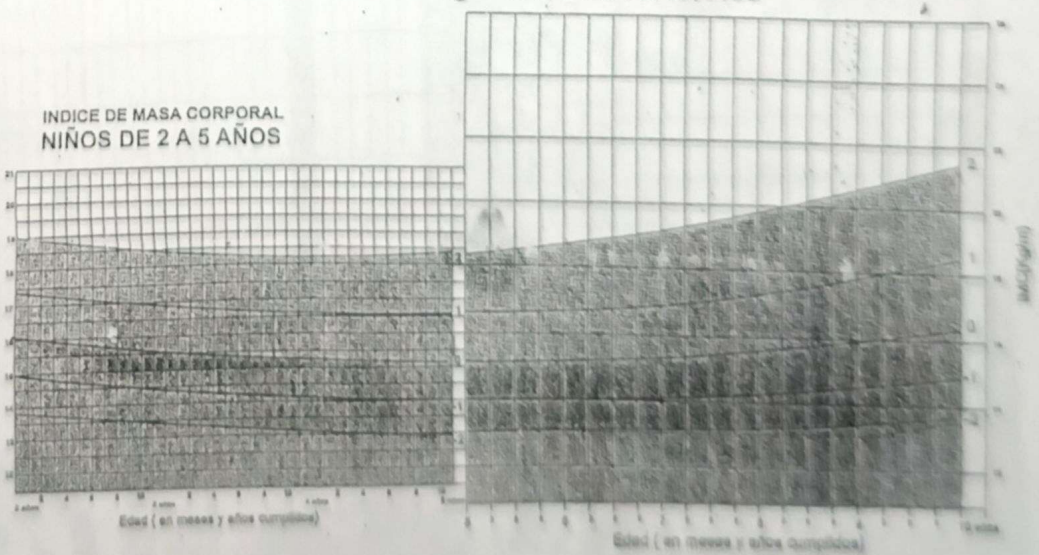
PESO PARA LA TALLA
NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS

PESO PARA LA TALLA
NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS



INDICE DE MASA CORPORAL
NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS

INDICE DE MASA CORPORAL
NIÑOS DE 2 A 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	Cita	15-01-	2024				
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

1ª entrega			
2ª entrega			
3ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

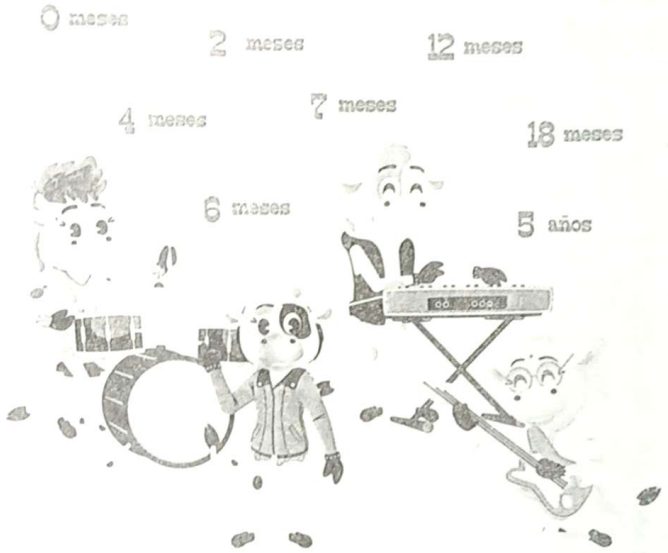
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, 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.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años:



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)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Mia Isabella Realpe.

Fecha de nacimiento: 12 - Septiembre - 2023

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1078956745

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: O+

Peso al nacer: 2030 gr Talla: 43cm

Dirección: B. Centro, Vereda "La Loma"

Teléfono 1: 316 932 6306

Teléfono 2: 316 932 6306 - 311

Responsable: Mariangel Salazar Peña

Municipio de residencia: Acevedo

Departamento: (H)

CC. 1080939...

Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

Nombres y Apellidos: Yira Catalina Rolfe Salazar Tipo identificación: No. ID: 1078758743

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	12	09	2023	Serum	03715A0943	H San Ant	-	-	-	Riana Quiroga
	Hepatitis B	Recién nacido	12	09	2023	Serum	03236000FF	H San Ant	12	11	23	Riana Quiroga
2 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1°	15	11	2023	Bilthoven	223501	ESE Acevedo				Daniela D
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1°	15	11	2023	Serum	28S2X003A	ESE Acevedo				Daniela D
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1°	15	11	2023	Serum	28S21003A	ESE Acevedo				Daniela D
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1°	15	11	2023	Serum	28S21003A	ESE Acevedo				Daniela D
	Diarrea por rotavirus	1°	15	11	2023	GSK	ADOLDC466A	ESE Acevedo				Daniela D
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1°	15	11	2023	PFIZER	FY5925	ESE Acevedo				Daniela D
4 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2°	16	01	24	Bil [illegible] Biofa	223501A	[illegible]	[illegible]			[illegible]
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2°	16	01	24	Serum	28S2X003A	[illegible]	[illegible]			[illegible]
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2°	16	01	24	Serum	28S21003A	[illegible]	[illegible]			[illegible]
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2°	16	01	24	Serum	28S21003A	[illegible]	[illegible]			[illegible]
	Diarrea por rotavirus	2°	16	01	24	Glaxosmith	ADOLDC466A	[illegible]	[illegible]			[illegible]
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2°	16	01	24	Pfizer	FY5925	[illegible]	17	05	24	[illegible]
6 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3°	16	03	24	Bilthoven	22350001A	ESE JRVP				Evelyn Vargas
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3°	16	03	24	Serum	28S2X003A	ESE JRVP				Evelyn Vargas
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3°	16	03	24	Serum	28S21003A	ESE JRVP				Evelyn Vargas
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3°	16	03	24	Serum	28S21003A	ESE JRVP				Evelyn Vargas
	Influenza estacional	1°	11	04	24	Butantan	24CC0CA1A	DE Juan Pablo	11	04	24	Evelyn Vargas
7 meses	Influenza estacional	2°	11	04	24	Butantan	24CC0CA1A	DE Juan Pablo	14	03	25	Leidy Rodriguez
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1°	19	04	24	Serum	09334N004A	ESE Juan Pablo	-	-	-	Leidy Rodriguez
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	19	04	24	Pfizer	6X513C---	DE Juan Pablo	-	-	-	Leidy Rodriguez
	Varicela	2°	19	04	24	Merck Sharp	40067227	ESE Juan Pablo	-	-	-	Leidy Rodriguez
	Hepatitis A	Única	19	04	24	Sinovac	220230745	ESE Juan Pablo	-	-	-	Leidy Rodriguez
	Influenza estacional	Anual	31	03	25	Segirus	[illegible]	[illegible]	-	-	-	Leidy Rodriguez
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1° refuerzo	21	3	25	Bilthoven B	233301001A	ESE JRVP	-	-	-	Leidy Rodriguez
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1° refuerzo	21	3	25	Serum	28S21003A	ESE JRVP	-	-	-	Leidy Rodriguez
	Fiebre amarilla	Única	21	3	25	Sanofi	23A3B0111	ESE JRVP	-	-	-	Leidy Rodriguez
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2° refuerzo						ESE JRVP	-	-	-	Leidy Rodriguez
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2° refuerzo							-	-	-	Leidy Rodriguez
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2°	21	3	29	Serum	09534N005A	ESE JRVP	-	-	-	Leidy Rodriguez
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1°										
		2°										
		3°										
Vacunas complementarias y otras dosis												

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

317

MC CONSULTORIO
Dra. Mery Cristina Triviño Mejía
Médica General
RM. 1310.07

CERTIFICADO MÉDICO AUDITIVO

NOMBRES Y APELLIDOS: **MIA ISABELLA REALPE SALAZAR**

IDENTIFICACIÓN: **R.C.** **1.078.758.745** EDAD: **2 AÑOS**

Síntomas auditivos?: Parto por cesarea, prematurez.
Exploración física: se observan pabellón auricular derecho e izquierdo de tamaño y posición usual. No se observan fístulas ni apéndices. Trago sin dolor a la palpación. Helix sin protuberancias. Antihelix, concha y lóbulos normales. Palpación de la prominencia mastoidea no dolorosa. Conducto auditivo externo derecho e izquierdo sin secreciones, con visualización de membrana timpánica, sin presencia cerumen bilateral.
Agudeza auditiva: Sin deficit auditivo, al momento del examen.

CONCLUSIÓN: Menor sin signos clínicos de disminución o pérdida auditiva, al momento del examen.

Fecha de expedición: Jueves, 30 de Octubre de 2025

Médico que certifica

Mery Cristina Triviño M.
MD. GENERAL
1310 - 17

Mery Cristina Triviño Mejía
R.M. 1310-07

Calle 5 #5-32 La Argentina, Huila. Cel. 313 2529933

Powered by CamScanner

MC CONSULTORIO
Dra. Mery Cristina Triviño Mejía
Médica General
RM. 1310.07

CERTIFICADO MÉDICO VISUAL

NOMBRES Y APELLIDOS: MIA ISABELLA REALPE SALAZAR

IDENTIFICACIÓN: R.C. 1.078.758.745 EDAD: 2 AÑOS

Síntomas oculares o visuales?: Parto por cesarea, prematurez.

Exploración física: se observa cejas delgadas sin alteraciones. Pestañas largas y dispuestas hacia afuera. Párpados simétricos para el globo ocular, borde palpabral sin signos procesos inflamatorios, glandulas de Meibomio normales. Conjuntivas de color rosadas e hidratadas, sin hiperemia; esclera sin alteraciones; ojos simétricos y sin protrusión o depresión de globos oculares. Iris de color cafe y pupilas isocóricas. Reflejos oculomotor normal; reflejo fotomotor, presente y reflejo consensual sin ninguna anormalidad. El examen de los movimientos oculares, sin alteraciones, al momento del examen.

Agudeza visual: Visión cercana y lejana dificil sin decicit aparente.

CONCLUSIÓN: Menor sin signos clínicos de disminución o pérdida visual, al momento del examen.

Fecha de expedición: Jueves, 30 de Octubre de 2025

Médico que certifica

Mery Cristina Triviño M.
MD. GENERAL
1310-17

Mery Cristina Triviño Mejía
R.M. 1310-07

Calle 5 #5-32 La Argentina, Huila. Cel. 313 2529933

Powered by CamScanner

Huellas de Amor Para Tu Vida

ACTA DE ACUERDOS Y COMPROMISOS DE LAS FAMILIAS BENEFICIARIAS DENTRO DEL PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

BIENESTAR FAMILIAR

Fecha 01-10-2025 Por medio de la presente acta Yo Manangel Joselin S identificada con CC número 6090039, acudiente o responsable del beneficiario _____, apruebo los acuerdos y compromisos establecidos dentro del pacto de convivencia de la Modalidad Institucional Servicio CDI La Argentina, acatando los lineamientos que rigen la ley de Cero a Siempre.

DERECHOS DE LAS FAMILIAS

Todas las familias tienen derecho a:

- Recibir un trato, respetuoso, justo y equitativo por parte del personal que presta los servicios.
- Recibir atención oportuna por parte del equipo interdisciplinario.
- Conocer toda la información referente a la prestación del servicio.

DEBERES DE LAS FAMILIAS Y PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD

Son deberes **Las familias**

- Respetar a los docentes y demás equipo interdisciplinario.
- Desarrollar acciones que promuevan entre los niños y niñas el auto cuidado y el cuidado mutuo.
- Entregar toda la documentación de manera física y actualizada para la carpeta del niño o la niña de manera oportuna.
- Participar activamente en la conformación del comité de control social y en el desarrollo de la participación ciudadana, mediante las estrategias implementadas por la corporación.
- Informar a las agentes educativas en caso de cambiar de lugar de residencia.
- Informar a los agentes educativos, cualquier novedad, accidentes o situación que haya afectado la salud y la integridad del participante o algún miembro de la familia.
- En los grupos de WhatsApp creados para brindar información sobre el desarrollo de la modalidad, no se debe enviar información diferente a la establecida para el programa.
- Verificar que los niños y niñas asistan con las normas de higiene, autocuidado (uso de tapabocas) y cuidados básicos como (baño corporal, cepillado de dientes, limpieza de uñas, ropa limpia) sin golpes ni afecciones en su cuerpo.
- Bajo el principio de confidencialidad Informar a la EAS CORHUELLAS y su equipo Interdisciplinario cualquier caso de vulneración de derechos o sobre situaciones que afecten o pongan en riesgo el desarrollo integral de los niños y las niñas, dependiendo el caso activar rutas.
- Acatar las sanciones frente al incumplimiento del presente acuerdo, según las regulaciones construidas propias de cada.
- Prohibido del ingreso de alimentos externos a la unidad de servicio tales como (galletas, dulces y demás)
- En caso que el participante llegue a casa con alguna prenda u objeto que no le pertenezca devolverlo inmediatamente o avisar a la docente, el padre de familia deberá realizar el proceso de reflexión y acompañamiento en el momento de hacer la devolución.
- Inculcar el sentido de pertenencia, respeto y responsabilidad al cuidado de los objetos personales y de la institución, al usuario incurrir en algún daño será el padre, madre o cuidador el responsable de reparar el daño en un tiempo estimado de 3 días.
- Informar al agente educativo, auxiliar pedagógico, auxiliar de enfermería y/o apoyo psicosocial cualquier evento sucedido por el cual el participante no pueda asistir al CDI y enviar la respectiva excusa justificada.
- Cumplir los Horarios establecidos por la Modalidad de Atención CDI La Argentina, comprendidos de 8:00 am hasta las 8:15 am para el ingreso de participante y de 4:00 pm a 4:15 pm para la salida y entrega de cada usuario a sus padres o cuidadores.
- Se realiza la entrega de los participantes solo al Padre, Madre, y/o Cuidador MAYOR DE EDAD, registrado en el CDI, con el fin de garantizar el cuidado y protección de los Beneficiarios.

Firma Madre/Padre/Cuidador
C.C 6090039

Firma Equipo Agente Educativo
C.C 1080263389

Huella niño o niña

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 la Argentina, 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:

"Articulo 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): Mia Isabella Realpe S. con RC No 1078758745 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

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

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 01 del mes octubre del año 2025, en el Municipio de La Argentina.

PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

AGENTE EDUCATIVO

Powered by CamScanner

322

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 Tilia Isabella Rolpe Salazar, identificado (a) con documento de identidad número 1078758245 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, Mariangel Jaelin Salazar, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 6090036, 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 Cdi la Argentina H, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Cdi la Argentina

Suscriben:

Firma: Mariangel
Nombre: Mariangel
Calidad - Titular: X Representante legal:
Teléfono de contacto: 3169326306
Fecha: 01-10-2025
Municipio: La Argentina

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

323

ACTA DE COMPROMISO CON PADRES O CUIDADORES DE DOCUMENTOS FALTANTES Y/O DESACTUALIZADOS

La Argentina, Huila octubre de 2025

Yo Yamangel Joselin Salazar. identificado (a) con N. de Cedula y/o Tarjeta de Identidad 6090036 participante de la UDS Cdi La Argentina de la Modalidad familiar y comunitaria del servicio Educación Inicial en el Hogar, teniendo en cuenta que como madre/Padre y/o cuidadora del participante: Yia Isabella Ralpe S. identificado con N° RC: 1078758745, doy fe que desde el momento que solicite el cupo en la Modalidad Educación Inicial en el Hogar se me informó de manera clara los compromisos que se adquieren al participar de los programas de Primera Infancia, comprometiendo a realizar todos los trámites necesarios para garantizar los derechos en salud de mi hijo (a), me comprometo a tener y a garantizar la entrega de copia del documento faltante: (**Marcar con una X el o los documentos faltantes)**

- Afiliación a salud ☐
- Sisbén ☐
- Carné vacunas ☐
- Valoración integral ☐
- Documento identidad ☐
- Higiene oral ☑

Estando en mutuo acuerdo firman el acta de compromiso las dos partes comprometiéndose el padre/madre y/o acudiente a entregar los documentos faltantes con un plazo máximo el día 30. del mes Noviembre del año 2025.

En constancia firman,

Firma del Agente educativo

Yamangel

Firma del Padre/Madre y/o acudiente

Powered by 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 Manangel Joselin Salazar, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 6090036 de Bogota, padre / madre o acudiente de la /el/los niño(s) M/a Isabella Realpe Salazar., identificados con NUIP No. 1078758745, usuario de la unidad de servicio cdi la Argentina manifiesto que la información registrada en la ficha de caracterización es verdadera, correcta y completa.

En constancia se firma en la Argentina, a los 01 días del mes 10 de 2025

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

Nombre: Manangel

Firma: Manangel

CC. No. 6090039

Datos del profesional o Agentes Educativo que diligenció la ficha:

Nombre: Maidy Lorena

Firma:

CC. No. 1.090.263.386

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 6090039

COL

SALAZAR PEÑA
APELLIDOS

MARIANGEL JOSELIN
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

19989363
DNI Nro.

24-09-1991
FECHA DE NACIMIENTO

16-10-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES

FIRMA

E1910068

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migracion Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6090039<<7<<<<<<<<<<<<<<<
9109249F3105308VENE1910068<<<5
SALAZAR<PENA<<MARIANGEL<JOSELI

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.002.836.272
REALPE HOYOS

APELLIDOS
JAMES

NOMBRES
James Realpe H.

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 27-FEB-2003
BALBOA
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

20-ABR-2021 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1904700-01231770-M-1002836272-20210507 0074316334A 2 8501916400

Powered by CamScanner

ElectroHuila

Sr(a): MEDINA CARVAJAL ANA TULIA
C.C. / Nit: 26485419
CRA 5 LAS BRISAS
Municipio: 378 LA ARGENTINA HUILA Ruta: 43780020100
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 2-LIBRETIN 2 LA ARGENTINA

328

347081247

87255744

Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
7 / 2025	13/06/25-14/07/25	$3,980	$3,980	0 meses

	Residencial
	1-Bajo Bajo
	OCCIDENTE
	1-Secundaria
	1000
	lectura
	T09613-GL1P

Costo Unitario prestación del servicio

COMPOSICIÓN ELECTROHUILA

1 Comercialización +	165.28
2 Distribución	299.01
TOTAL ELECTROHUILA =	464.29
MERCADO ENERGÍA MAYORISTA	
3 Generación +	388.94
4 Transmisión +	56.76
5 Restricciones +	39.67
6 Pérdidas	78.8
TOTAL MERCADO MAYORISTA =	564.17
Costo unitario =	1028.46

Histórico de Consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	6	54	2024	12	75
2025	5	73	2024	11	71
2025	4	79	2024	10	79
2025	3	70	2024	9	70
2025	2	80	2024	8	31
2025	1	79	2024	7	43

Promedio de la cuenta	Promedio Facturado
72	43

Concepto		Valor
21	Consumo Periodo	8,228
607	Ajuste Decena	2
995	Subsidio	<4,799>

Detalle Actual del Consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-88072	KRI	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	10616	10608	1	8

Detalle Actual del Consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCobrar
1	1	130	8 KW/h	$428.6808	$8.228	-58%	$3.429

Descripcion	Saldo

CUFE 8e74e0b8a25d631461ab12cab959ef1cad49389279c946d97e707f50e025621d5e45a700f1bfb3eaf40c00
Numero de Factura Electronica EH-3944346 Numero de factura: 87255744

Fecha de Expedición	Valor Factura Actual	Tengo plazo de pagar hasta	Fecha de suspensión a partir de
17/07/2025	$26,710	25/07/2025	
	25/06/2025	Vencido	

0%

$3,431	$549	$0	$3,980

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN
Reporta cualquier novedad relacionada con la prestación del servicio
01 8000 952 115 | 3134354436
Para radicación@electrohuila.co
www.electrohuila.com.co

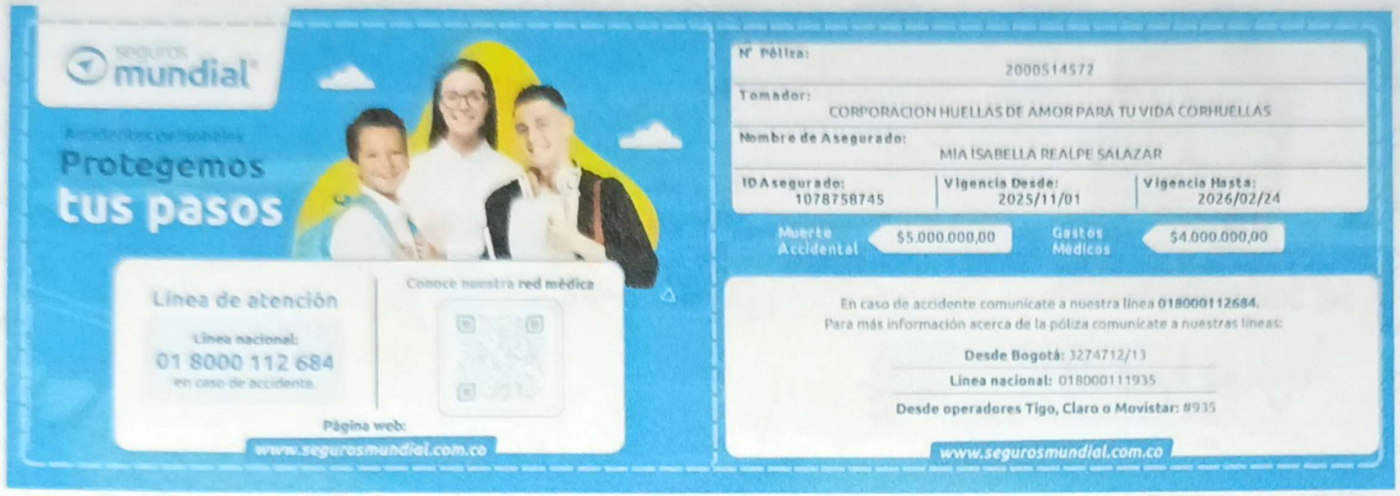
(415)7707274499679(8020)034708124 7(3900)0000003980(96)20250725

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

Pag: 1|1

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner