Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar _X_ en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización) ___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7) ___Pertenecientes a Res UNIDOS ___Pertenecientes a Familias en Acción ___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición ___Remitidos por SNBF ___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado) ___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) ___Niños y niñas con discapacidad. ___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ___Población migrante en condición de vulnerabilidad. ___Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
6	Copia del carnet de vacunación.
7	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
8	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
9	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
10	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
11	Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos)
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización.
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
18	Formato de autorización uso de imágenes.
19	Planilla seguimiento nutricional
20	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
21	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa,

PUBLICA

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1139964336

Indicativo Serial 63865423

63865423 3

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradur [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de [ ] **Código** D Q X

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN MIGUEL (LA DORADA) SAN MIGUEL H.FONTERIZO LA DORADA *******

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RODRIGUEZ **********	MELO **********

Nombre(s)

VALERY YULIETH **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes SEP Día 30	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN MIGUEL (LA DORADA) **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	24105511147736 ******

Datos de 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

MELO IMBACHI MARITZA EUGENIA **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1122342436 **********	COLOMBIA ********

Datos de padre o madre (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

RODRIGUEZ RECALDE CARLOS MAURICIO **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1122342488 **********	COLOMBIA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ RECALDE CARLOS MAURICIO **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1122342488 **********	Carlos Mauricio Rodriguez

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 2024 Mes OCT Día 01	ROY EDISON CALLE QUIRAMA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Carlos Mauricio Rodriguez Firma	ROY EDISON CALLE QUIRAMA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:TOMO 1; FOLIO 43;01/10/2024

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	1139964336
NOMBRES	VALERY YULIETH
APELLIDOS	RODRIGUEZ MELO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI -CM	CONTRIBUTIVO	01/10/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/10/2025 07:12:30	**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

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
RESGUARDO YARINAL SAN MARCELINO RESOLUCION 008 DEL 13 DE MAYO 1998
NIT °84000665-7

EL SUSCRITO GOBERNADOR DEL CABILDO MENOR DE JUAN CRISTOBAL DEL PUEBLO KICHWA EN USO DE SUS FACULTADES LLEGALES, EN ESPECIAL LAS CONFERIDAS POR LA LEY 89 DE 1890 DE LA LEGISLACION ESPECIAL INDIGENA.

HACE CONSTAR:

Que Valery Yulieth Rodriguez Melo con Registro No. 1139464336 expedida en _____, es indigena del pueblo kichwa, practica sus usos y costumbres, se encuentra inscrito en el censo poblacional del cabildo Juan Cristóbal de la jurisdicción del municipio de San Miguel, Putumayo.

La presente se expide a solicitud del interesado.

Se firma en el cabildo Juan Cristóbal a los 17 días del mes de 09 de 2025

JUAN TORIBIO CHIVANGO
CC: 18182496
GOBERNADOR

Dirección vía Puente Internacional- San Miguel Putumayo
Teléfono: 3219624508-3224783380
Correo: cabildojuancristobal2020@gmail.com

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:
VALERY YUISETH

Apellidos:
RODRIGUEZ MEJO

Fecha de nacimiento:
30 / 09 / 2024

Historia Clínica:
1139964336

Barrio / Vereda:
PTO COLON

Responsable del niño (a):
MARITZA IMBACHE

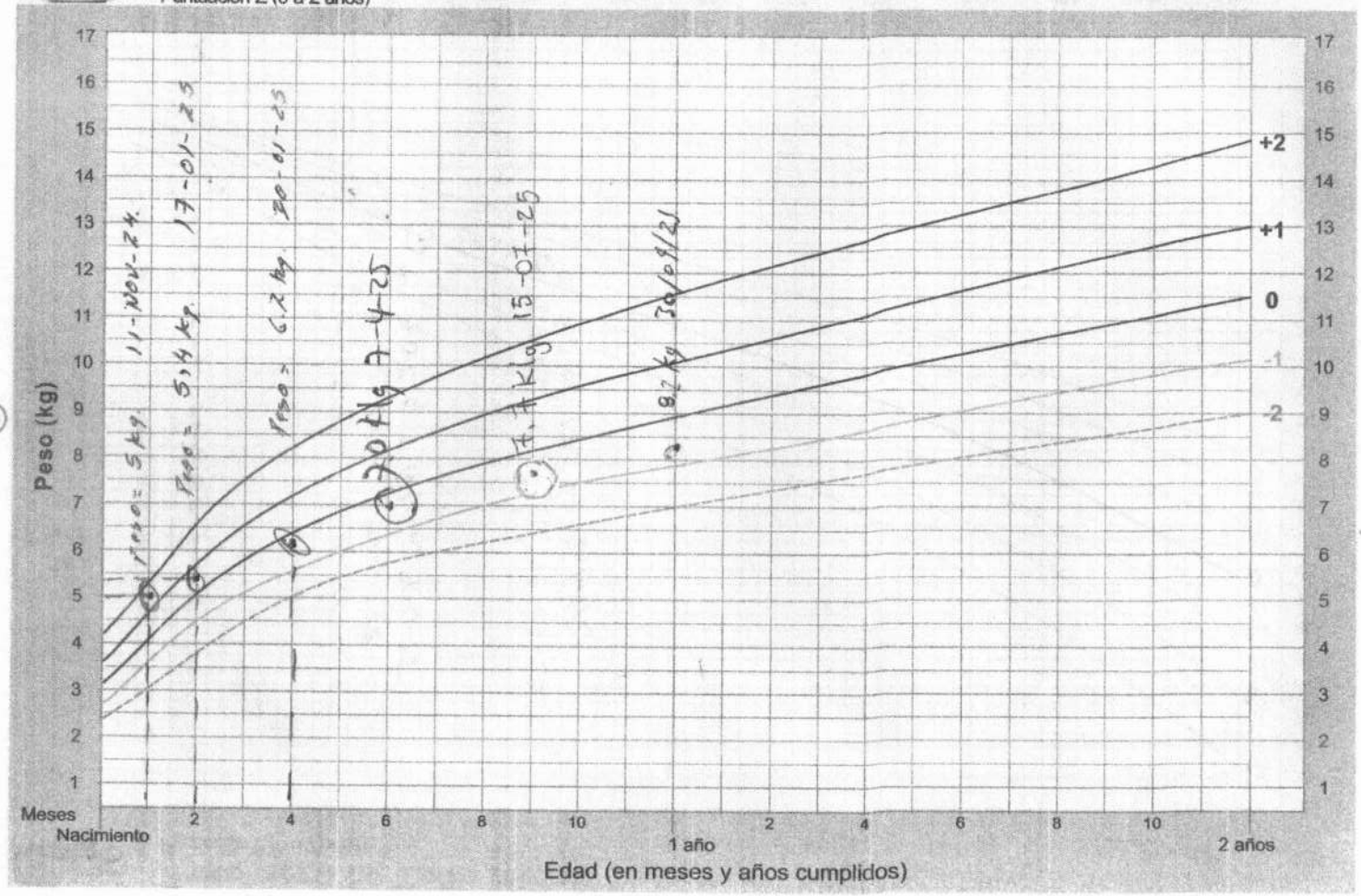
Teléfono:

EPS:
MALLAMAS



Peso para la Edad Niñas

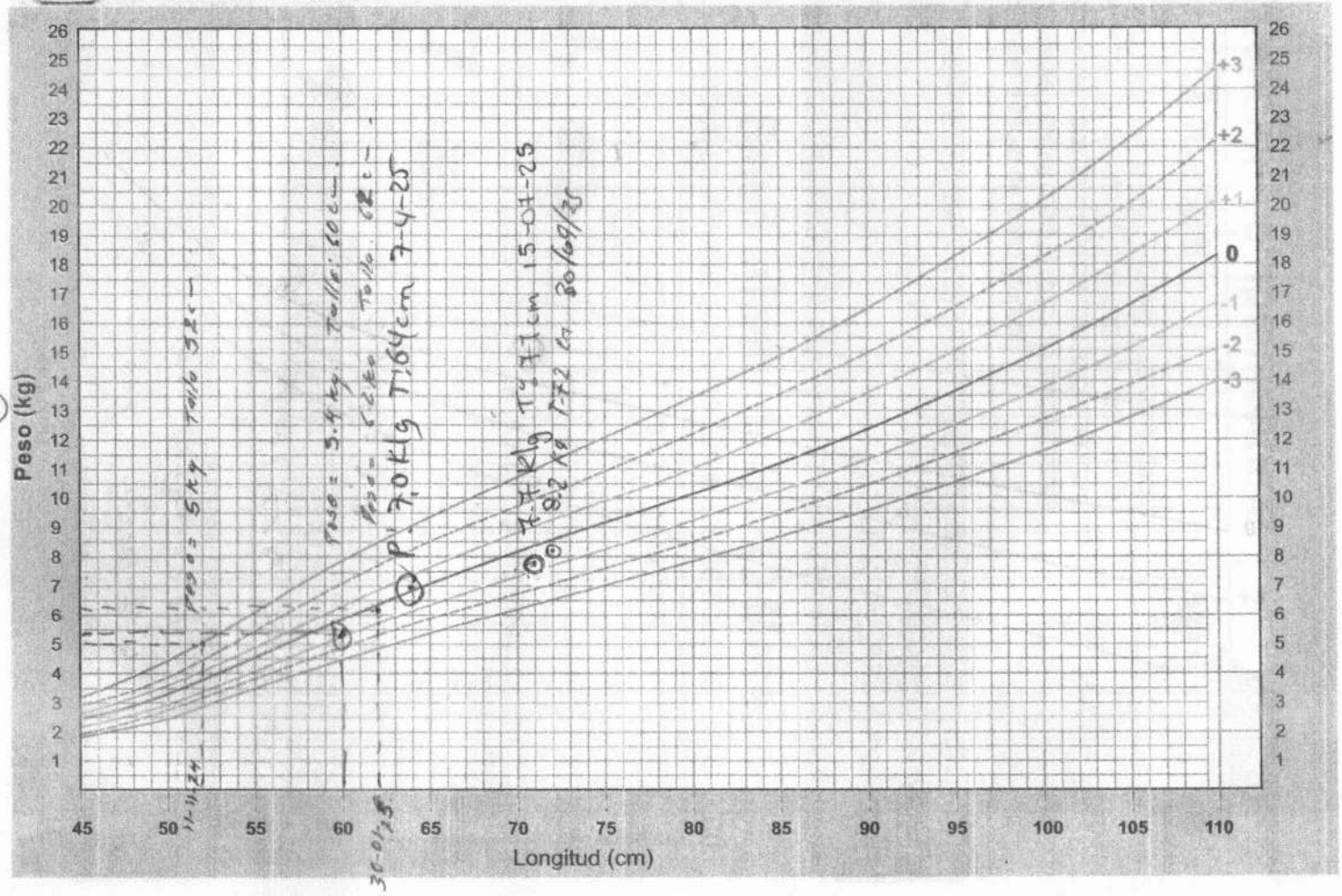
Puntuación Z (0 a 2 años)



⑤

Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



IMC para la Edad Niñas

45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100 105 110

Longitud (cm)

IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

IMC (kg/m²)

24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9

+3 +2 +1 0 -1 -2

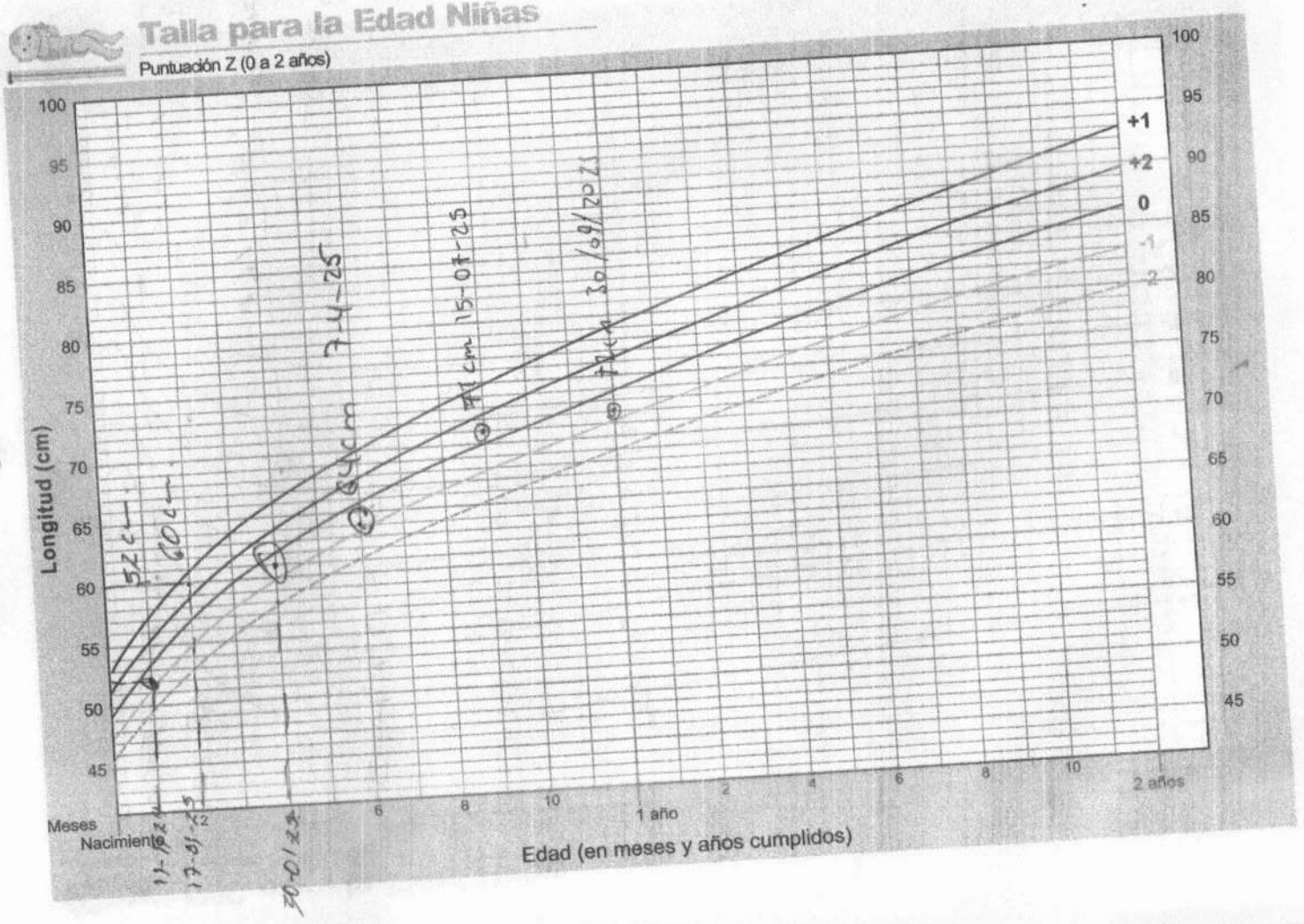
Meses Nacimiento 2 4 6 8 10 1 año 2 4 6 8 10 2 años

Edad (en meses y años cumplidos)

(7)

Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

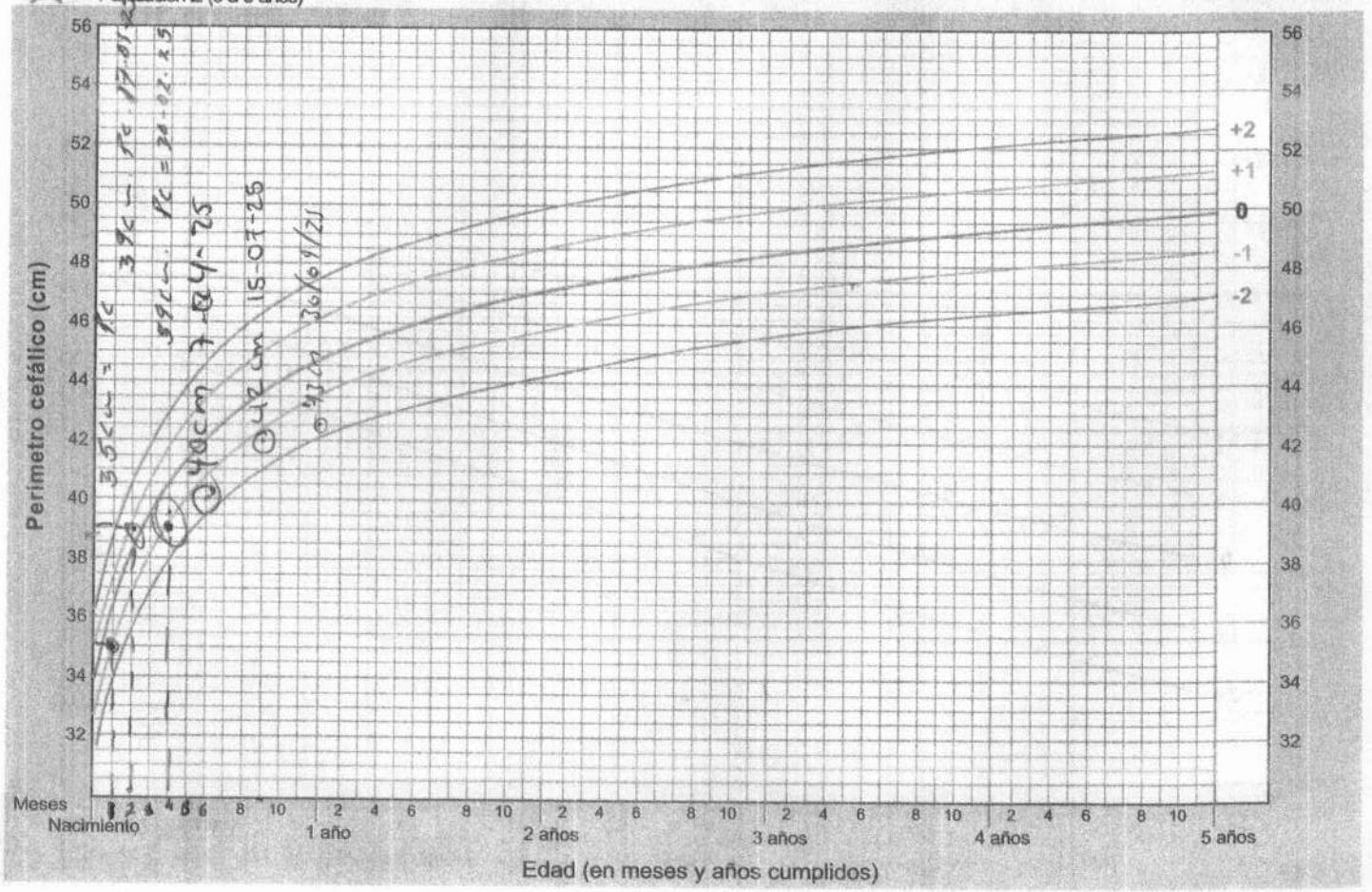


Perímetro cefálico Niñas



Perímetro cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



⑥

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
11-DIC-24	5kg	52cm.	35cm	12.5cm	18.5.	01-12-24	
17-ENERO-25.	5.4kg	60cm	39cm	14cm.	15.	30-01-25.	
7-04-2025	7.0	64	40	13	17.7	30-06-25	
15-07-2025	7.7	71	42	14	15.3	30-09-25	
30/09/25	8.2	72	43cm	16	15.8	30/03/25	

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
11.	NOV	24.		V	Medico
02.	DIC.	24		Jefe Enfermera	X
17	Enero	2025.		V	Jefe.
20	Enero	2025		Medico	
20	Marzo	2025		Jefe Enfermera	
15	Julio	2025	Enfer.	SIV	Milena C.
30	Sep	2025	Medico cito	SIV	David Rojas
30	Mayo	2026	Enf.		

TY
RIV

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud



Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Valery Yuliet Rodriguez Melo

[X] R.C [ ] T.I [ ] OTRO — Tipo de Documento

1139964336 — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 30 DÍA / 09 MES / 24 AÑO

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: Rh:

Peso al nacer: Talla:

Dirección: pto colon

Teléfono 1: 3178719928

Teléfono 2:

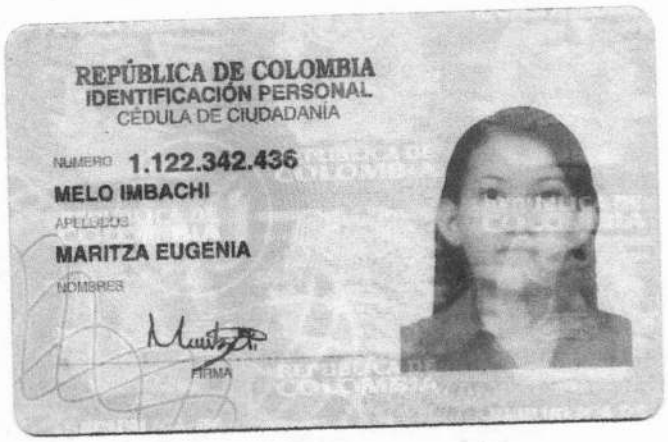
Responsable: Maritza Melo

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: putumayo

Nombres y Apellidos: _____ Tipo de Indentificación _____ No. ID: _____

Edad	Vacuna	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 ☐						
	BCG	Única	01	10	24	Serum	0323Q014B	HFID				Eduard IB
	Hepatitis B	Recién nacido	01	10	24	Serum	3+2MA082	HFID				Eduard IB
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis	1ª	02	12	24	B. B.	2327003					
	*Pentavalente	1ª	02	12	24	Serum	28532010					
	Rotavirus	1ª	02	12	24	Rotarix	AROLD841B16	H.F.D.V.D	01/12/24			
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	02	12	24	Pfizer	X61912		cita			Abide S.D
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis	2ª	02	02	25	Biologicals	2327003					
	Pentavalente	2ª	02	02	25	Serum	28532010B					
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	02	02	25	Pfizer	X6 1912	E.S.E HFID				
	Rotavirus	2ª	02	02	25	GSK	AROLD841716					Eduard Ipial
			02	02	25							
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis	3ª	07	04	25	Biologicals	2406001	HFID				Isabel A.
	Pentavalente	3ª	07	04	25	Serum	28532020C	HFID	cita.			Isabel A.
	Influenza estacional	1ª	15	07	025	Seqirus	P1007927494	HFID	02/abril/25			Eduard IB
									cita			
7 meses	Influenza estacional	2ª	05	Sep	2025	Seqirus	P1007927494	HFID	15/agosto/25			Jeniffer C.
12 meses	Sarampión, Rubéola , Paperas	1ª	30	Sep	25	Serum	0133N11913		cita.			
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	30	Sep	25	Pfizer	HE5975	HFUD	01-OCTUBRE 2025.			Isabel Arroyo.
	Varicela	1ª	30	Sep	25	Merck	E002927					
	Hepatitis A	Única	30	Sep	25	MSD	400 8031					
	**Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis	1er Refuerzo										
	Pentavalente	1er Refuerzo										
	Sarampión, Rubéola , Paperas	Refuerzo										
	***Fiebre Amarilla	Única	30	07	25	Sanofi	V3D08	HRLD	Cita. 06 OCTUBRE 2025			Abide S.
5 años	Poliomielitis	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo							CITA 30- MARZO 2026.			
A partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH) Tetra ☐ Nona ☐											
Sin												



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.122.342.436**

MELO IMBACHI

APELLIDOS

MARITZA EUGENIA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-MAY-1998**

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

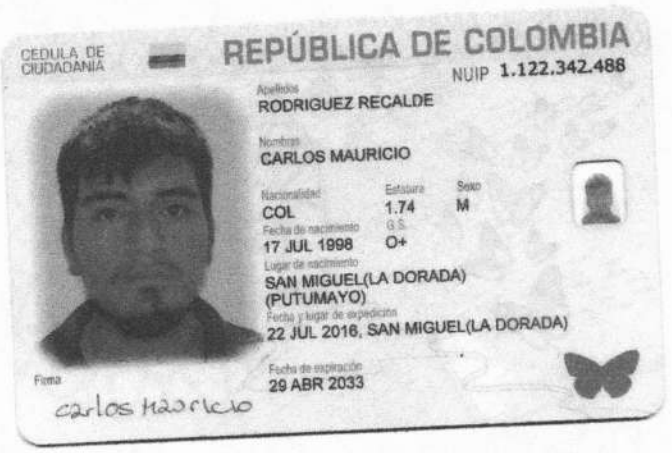
1.46	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-MAY-2016 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-8833020-00942590-F-1122342436-20171003 **0057**771081A 3 38453642



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.122.342.488

Apellidos
RODRIGUEZ RECALDE

Nombres
CARLOS MAURICIO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.74

Sexo
M

Fecha de nacimiento
17 JUL 1998

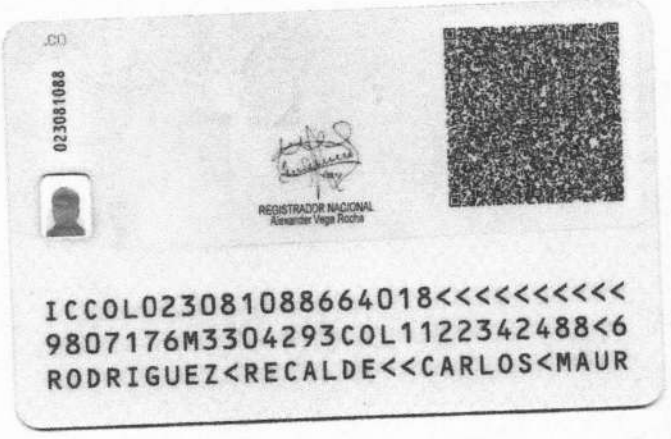
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
22 JUL 2016, SAN MIGUEL(LA DORADA)

Fecha de expiración
29 ABR 2033

Firma
carlos mauricio



.CO

0230810688

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0230810886640 18<<<<<<<<<<
9807176M3304293COL1122342488<6
RODRIGUEZ<RECALDE<<CARLOS<MAUR

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraíso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Valery Yulieth Rodriguez Melo

Doc. de Identidad: 1139964336

EPS: Hallamas

Teléfono: 3177871928

Domicilio: Puerto Odon

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor							30-09-2025 30-03-2026						
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Carolina Vasquez Ospina
Odontóloga
Reg. No. 29 U.A.N.

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

ACTA DE DE COMPROMISO DE CORRESPONSABILIDAD DE PADRES Y/O CUIDADORES

Yo Maritza Melo Imbachi Identificado con C.C N° 1122342436 en calidad de: padre o madre (X), del niño o niña: Valery Rodriguez Melo o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Dueños del sol 1, me comprometo a cumplir con los siguientes lineamientos:

1. Llevar personalmente o enviar con un adulto responsable debidamente autorizado, al niño o niña al encuentro en el horario establecido.
2. En caso de inasistencia, se debe diligenciar una excusa por una justa causa, dirigida a la maestra responsable de la unidad con anticipación.
3. En caso de que el usuario tenga cita o control médico, informar con anticipación a la maestra responsable para su registro.
4. Cuando el usuario vaya a llegar tarde al encuentro por una justa causa informar oportunamente a la maestra.
5. Participar y colaborar en todas las actividades programadas por la unidad comunitaria de atención, y el servicio ofrecido por el ICBF y la Fundación Alma de vida, pues estas son con el objetivo de mejorar la atención del niño o niña y sus familias.
6. Cuando tenga alguna queja, reclamo o sugerencia, seguir el CONDUCTO REGULAR: Maestra, Psicosocial o Auxiliar de enfermería, coordinador, Fundación e ICBF, teniendo en cuenta:
   - ✓ Hacerlo en el momento en el que ocurra el motivo o causa de la queja, reclamo o sugerencia.
   - ✓ Hacerlo con respeto, buenos modales y fines constructivos, que contribuyan al mejoramiento del servicio que ofrece a unidad de atención.
   - ✓ Tratarlo sólo en unidad, con la persona que corresponda de acuerdo al Conducto Regular y nunca hacer comentarios dañinos en la calle.
   - ✓ También se puede hacer a través del Buzón de Sugerencias.
7. Revisar los complementos nutricionales en el momento de entrega por parte de la maestra y reportar inmediatamente si se presenta novedades.

Se firma en San Miguel, a los 10 Días del mes de 09 del Año 2025.

Madre o Acudiente
C.C 1122342436

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 Valery Yuleth Rodriguez Melo, identificado (a) con documento de identidad número 1139964336, 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, Mariteza Yulleth Melo Imbachi, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122342436, 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 Alma de vida - Funavi, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa E I C

Suscriben:

Firma: [signature]
Nombre: Mariteza Melo Imbachi
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ✓
Teléfono de contacto: 3177871988
Fecha: 10-09-2025
Municipio: San Miguel

¡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.