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: 20 | 11 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (X) Niño/a entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI Fronteras de Paz

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: 1088740595

Fecha nacimiento: 07 | 07 | 2022

Nombres: Juan Jose

Apellidos: Villota Melo

Presenta discapacidad? ( ) Si (X) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Urb.

Barrio: San F.

Vereda:

Sector: Urb

Dirección:

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (X) Madre ( ) Padre ( ) Cuidador/a

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: 1088738186

Nombres: Sindy Katherin

Apellidos: Melo

Pais de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 02 | 10 | 1997

Correo electrónico:

Número de celular: 3216362037

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema?: https://prematricula.icbf.gov.co (X) Si ( ) No

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Sindy Melo

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Leidy Marcela Rincón E.

Observaciones:

FICHA DE INFORMACION - VIGENCIA 2025
CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - MODALIDAD INSTITUCIONAL



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Juan Jose villota Melo

Nº DOCUMENTO: 1088740595 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 07/07/2022 **EDAD:** 3 años
LUGAR DE NACIMIENTO: Tuquerres - Nariño

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de paz
CODIGO UDS: _____ **BARRIO/VEREDA:** 7 de agosto
FECHA DE INGRESO: _____ **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A3 **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)** ___ **(S)** X
DESPLAZADO: SI ___ **NO** ___ **DISCAPACIDAD: SI** ___ **NO** X **¿CUAL?** _____
GRUPO ETNICO: SI ___ **NO** X **¿CUAL?** _____
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI ___ **NO** X **¿CUAL?** _____
NOMBRE DE LA MADRE: Sindy Katherine Melo
Nº CÉDULA: 1088738186 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Samaniego-N.
NOMBRE DEL PADRE: Cesar Felipe villota Rodriguez
Nº CÉDULA: 1088735860 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Samaniego
Nº DE CELULAR: 3216562037
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Sindy Katherine Melo
Nº CÉDULA: 1088738186 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Samaniego-N.
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/San felipe **ZONA POBLACIONAL: (R)** ___ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3216562037

x Sindy Melo
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Leidy Marcela Rincón.
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

ESTA REPRODUCCION FOTOMECANICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA

3

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
31614005-9

NUIP 1.088.740.595

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63642226

63642226

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código M 8 N

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

REGISTRADURIA DE SAMANIEGO - COLOMBIA - NARIÑO - SAMANIEGO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VILLOTA	MELO

Nombre(s): JUAN JOSE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes JUL Día 07	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA NARIÑO TUQUERRES

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	172020525

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: MELO SINDY KATHERINE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.088.738.186	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: VILLOTA RODRIGUEZ CESAR FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.088.735.860	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: VILLOTA RODRIGUEZ CESAR FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.088.735.860	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes JUL Día 11	MARIA EUFEMIA ZARAMA MORA - REGIS Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Asuntos legales.

11 JUL 2022

ESTA REPRODUCCION FOTOMECANICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

dispapeles 60395



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.088.738.186

MELO

APELLIDOS

SINDY KATHERINE

NOMBRES

Sindy Melo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-OCT-1997

SAMANIEGO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

07-OCT-2015 SAMANIEGO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-2311500-01154064-F-1088738186-20200827 0071565832A 1 9912869196



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.088.735.860
VILLOTA RODRIGUEZ

APELLIDOS
CESAR FELIPE

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-MAY-1993
SAMANIEGO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

03-JUN-2011 SAMANIEGO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2311500-00317840-M-1088735860-20110729 00276 23263A 1 35768560

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 18/11/2025

Ficha: 52678025475500000139

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JUAN JOSE

Apellidos: VILLOTA MELO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1088740595

Municipio: Samaniego

Departamento: Nariño

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/11/2017

Última actualización ciudadano: 12/07/2022

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: THANIA ALEJANDRA PANTOJA BASANTE

Dirección: Calle 4 Carrera 3 Barrio Oriental

Teléfono: 3104241802

Correo Electrónico: sisben.samaniego12@gmail.com

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	1088740595
NOMBRES	JUAN JOSE
APELLIDOS	VILLOTA MELO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	NARINO
MUNICIPIO	SAMANIEGO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	07/07/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 11/18/2025 09:14:39 **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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

emssanar EPS
NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
Nº 15233 Libro IX. Octubre 24 de 2016

Cuidamos de ti en cada paso

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
Régimen Subsidiado

EMSSANAR EPS SAS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	RC 1088740595
Apellidos:	VILLOTA MELO
Nombres:	JUAN JOSE
Ficha Sisben:	52678025475500000139
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A03
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	07/07/2022
Departamento de Afiliación:	NARIÑO
Municipio de Afiliación:	SAMANIEGO
Departamento de Portabilidad:	PUTUMAYO
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal
Municipio de Portabilidad:	SAN MIGUEL

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de portabilidad de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - SAN MIGUEL (PUTUMAYO)	KR 7 # 1 - 36	MEDICINA GENERAL

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 24 de Noviembre de 2025 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

emssanar EPS
NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
N° 15233 Libro IX. Octubre 24 de 2016

Cuidamos de ti en cada paso

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
Régimen Subsidiado

EMSSANAR EPS SAS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	RC 1088740595
Apellidos:	VILLOTA MELO
Nombres:	JUAN JOSE
Ficha Sisben:	52678025475500000139
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A03
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	07/07/2022
Departamento de Afiliación:	NARIÑO
Municipio de Afiliación:	SAMANIEGO
Departamento de Portabilidad:	PUTUMAYO
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal
Municipio de Portabilidad:	SAN MIGUEL

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de portabilidad de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - SAN MIGUEL (PUTUMAYO)	KR 7 # 1 - 36	MEDICINA GENERAL

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 18 de Noviembre de 2025 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: JUAN JOSE	Apellidos: VILLOTA MELO
Fecha de nacimiento: 07 (DIA) | 07 (MES) | 2022 (AÑO)	Historia Clínica: 1088740595
Barrio/Vereda: VI QUESERA	Responsable del niño: SINDY MELO
Teléfono:	EPS: 118

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
23/01/2023	8655	68	43	16	18,7	23/MAI/30/23	Victor Acosta.
25-03-23	8.9	72	45	16	17.2	07-09-23	
01/09/2023.	9,4	73	47	15	17,6.	22/01/2024	
07-04-2024	9.580	76.8	48	14. PA.485		Proximo control 09-oct-2024 - 8am.	
9-10-2024.	10,500	82	47	PC 47 PA 48 PB 15		Proximo control 11 - abril - 2025 10:30Am	
3-04-2025	11.1Kg	86.5	48 cm	15.2 cm	PA 46	Proximo control 3-octo-2025	3:00pm
8/04/2025	11,4	90	48	14 cm	14,1	08/07/26	

35

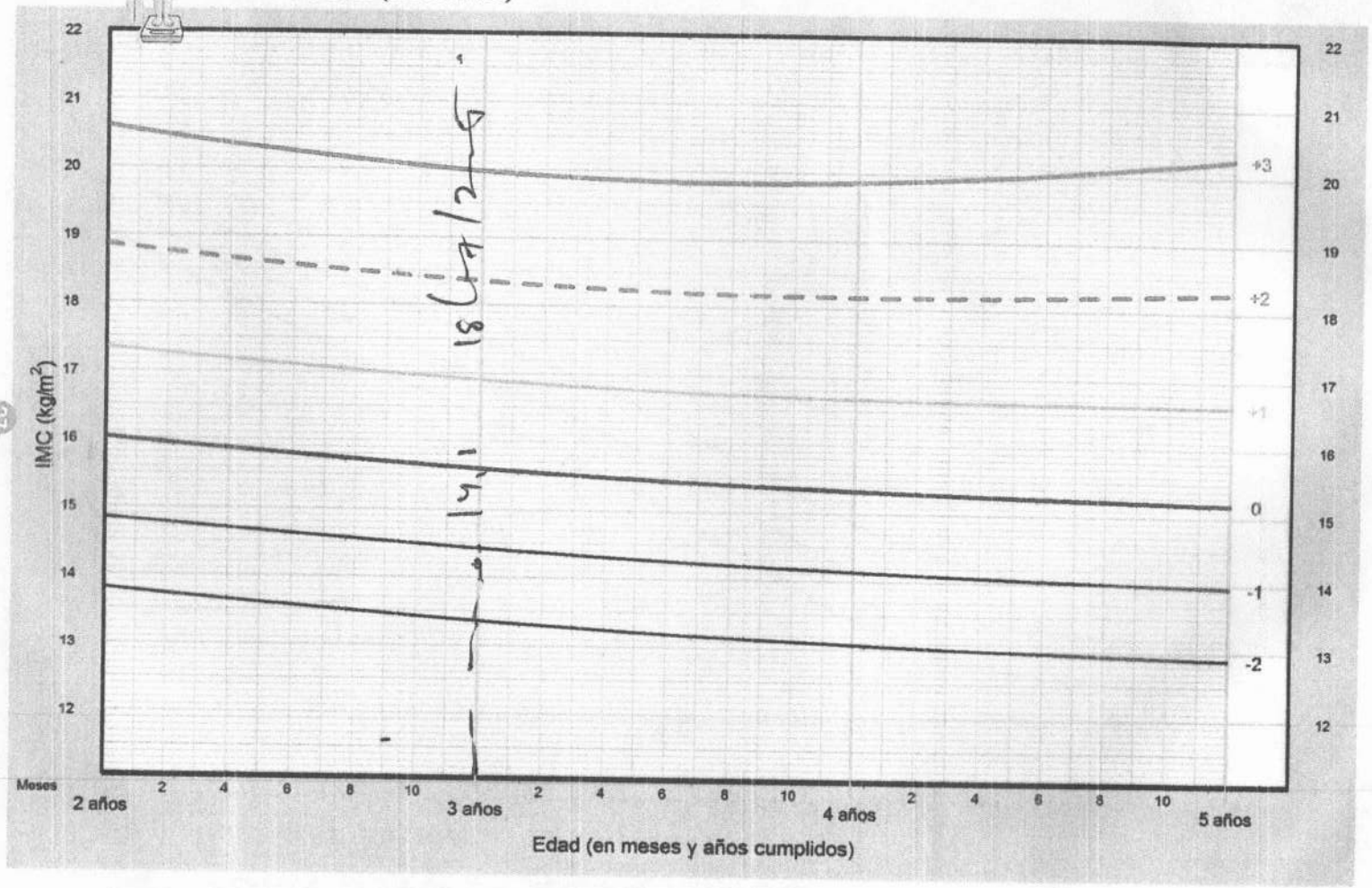
CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
23	MAIZO	2023	ENFERM	Si [illegible]	
07	09	2023	MEDICO	/	
12	01	2024.			X
18	04	2024	[illegible]		
07	04	2024.			

13

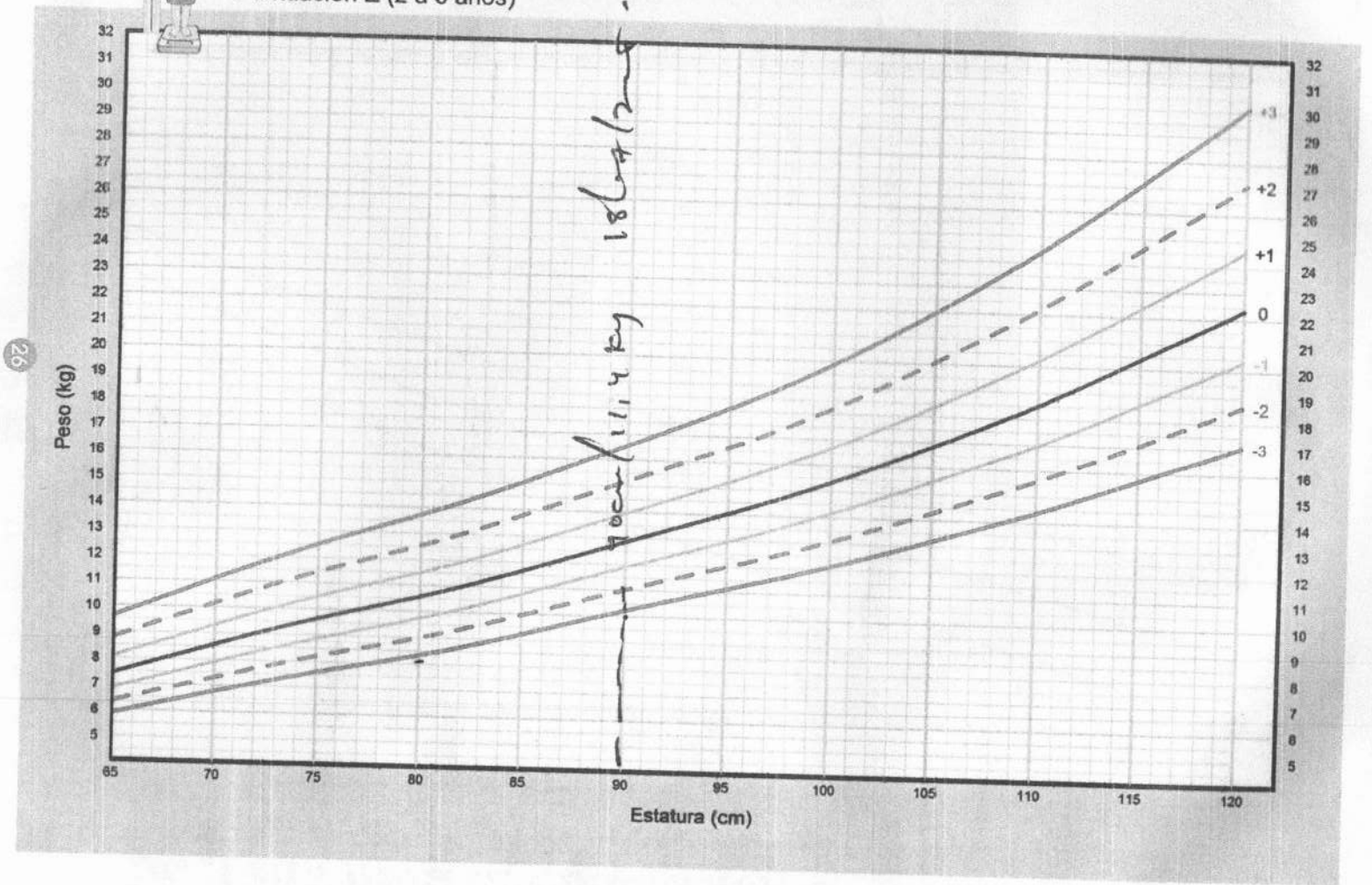
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



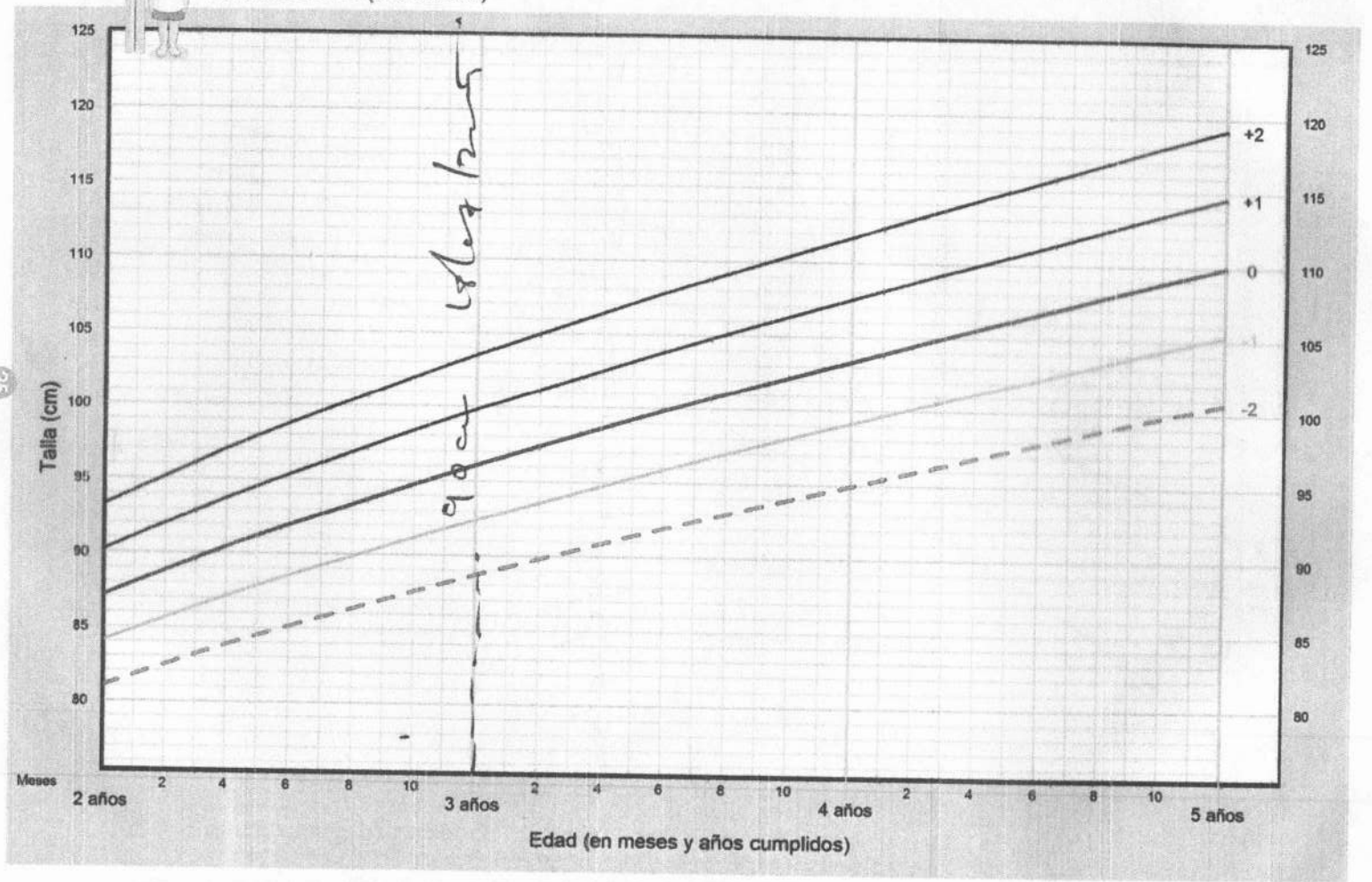
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



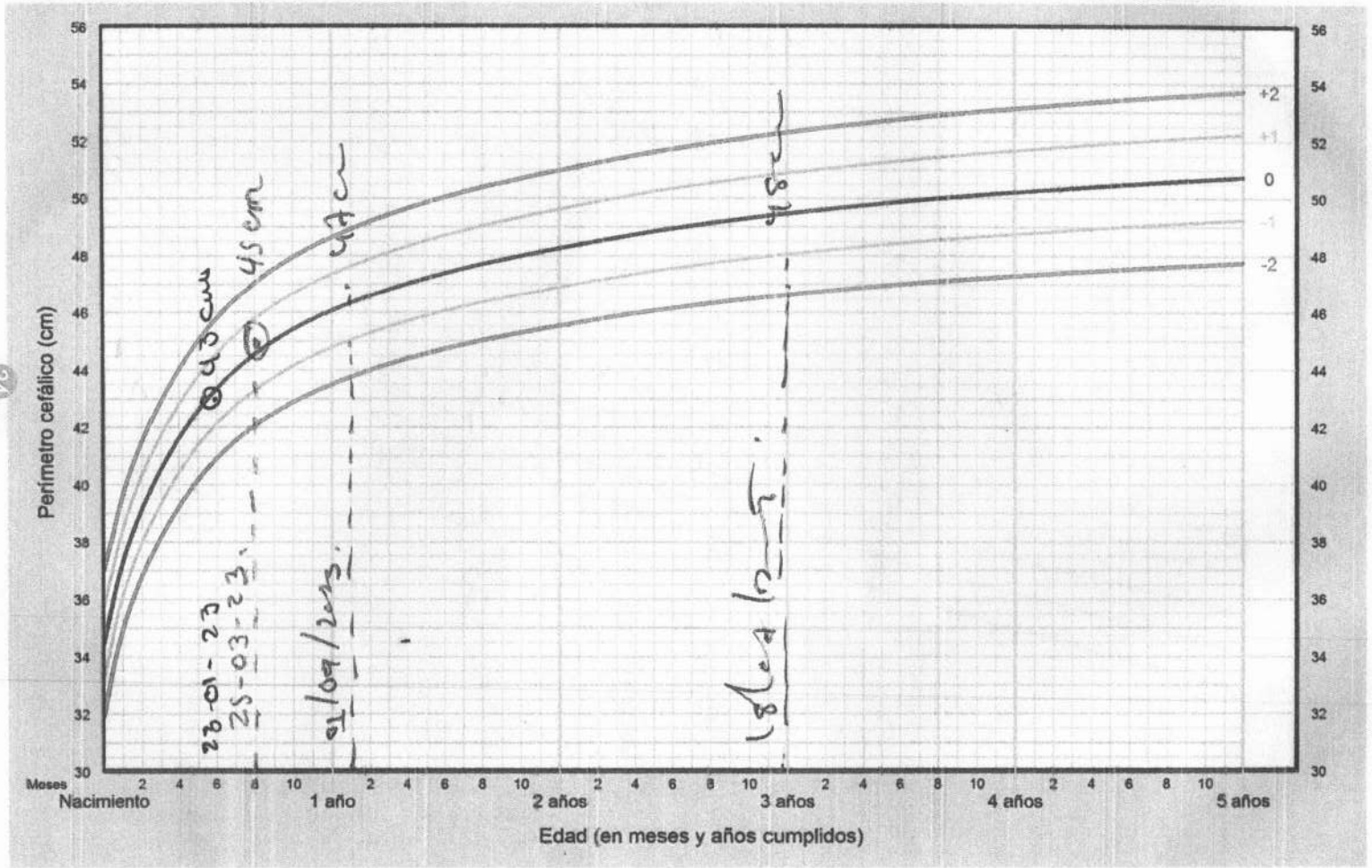
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos — Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 24 MES 11 AÑO 2025 HORA: 3:00 PM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Juan José APELLIDOS Villota Melo

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.088.740595

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 07 MES: 06 AÑO: 2022 EDAD: 3 años Tel: 3216562037

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE EMSSanar

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación. Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)
Miedo a la reacción de la vacuna

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna Primera dosis [ ] Segunda dosis [ ] dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 días postparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual deberá presentar al momento de la vacunación certificación que acredite tal evaluación.

La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte en la gestante y el feto por SARS CoV-2 COVID-19

A la fecha no hay pruebas que la vacuna cause efectos adversos importantes para la mujer embarazada, el feto o la placenta, además de los ya observados para la población general

A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar el biológico, sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-Co-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortabilidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

Soy mujer con más de 12 semanas de gestación o durante los 40 días postparto: SI ☐ NO ☐ y en caso afirmativo aporto certificación del médico tratante que acredita evaluación clínica para que obre adjunto a este consentimiento, requisito indispensable para recibir la vacuna.

En consecuencia, decido **ACEPTAR:** ☐ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** ☒ que se me aplique la vacuna

Firma de la persona: Sindy Melo

En caso de requerirse, identificación y firma del representante legal:

Nombres Sindy Katherine Apellidos Melo

Tipo de Identificación: CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.088738186

Firma: Sindy Melo

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____, identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma

_____ identificado(a) con C.C ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ número _____

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Kerly Jiménez Zárate

Firma Kerly Jiménez Tipo de Identificación: CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075682134

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HELO

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel

Nota 1: Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal
Nota 2: Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o su representante legal

Carné de Vacunación

	Vacunas	Fecha	Lote Numero	Laboratorio	IPS	Próxima Cita	Vacunador	Observaciones
R.N.	Hepatitis B	7/7/22	0321Y0143	SERUM	H. SAN JOSE		DANY GUERRERO	
R.N.	BCG	7/7/22	0371MA006	SERUM	H. SAN JOSE		DANY GUERRERO	
2 MESES	Difteria Tetanos		22 A				Mary B	
2 MESES	Tos Ferina	7.9.22	285140	Serum	HLVS		Mary B	
2 MESES	Hepatitis B	7.9.22	285140214	Serum	HLVS	07	Mary B	
2 MESES	H. Influenza B	7.9.22	285140218	Serum	HLVS	NOV.	Mary B	
2 MESES	Polio	7.9.22	2140003	Biological	HLVS	2022	Mary B	
2 MESES	Rotavirus	7.9.22	A20L00504	GSK	HLVS		Mary B	
2 MESES	Neumococo	7.9.22	5E4897	Prevenc. 13	HLVS		Mary B	
4 MESES	Difteria Tetanos							
4 MESES	Tos Ferina	08-11-22	285140224	Serum	HFID			
4 MESES	Hepatitis B	8-11-22	285140224	Serum	HFID			
4 MESES	H.Influenza B	8-11-22	285140224	Serum	HFID			
4 MESES	Polio	8-11-22	285140224	Biologica	HFID			
4 MESES	Rotavirus	8-11-22	A20L00504	GSK	HFID			
4 MESES	Neumococo	8-11-22	ASP-1835 #5E4897	GSK	HFID	CITA: 8-enero 2023.		
6 MESES	Difteria Tetanos Tos Ferina	10 enero 2023	5	SERUM	285140224	1ª FLP.		
6 MESES	Hepatitis B							
6 MESES	H. Influenza B		BIC10	2114014				
6 MESES	Polio							
6 A 23 MESES	Influenza Estacional 1 dosis	11-7-23	V305230001	Green	HFID.		Paola C.	
6 A 23 MESES	Influenza Estacional 2 dosis	11-08-23	V305230001		HFID		Sady M.	
6 A 23 MESES	Influenza Estacional Ref.	24-5-24	2400974A	Butantan	HLVS E.S.E. Samaniego Servicio de Vacunación		Lorena Melo	
12 MESES	Sarampión Rubéola Parotiditis	11-7-23	V131N07 1A	Serum	HFID.		Paola C.	
12 MESES	Neumococo Refuerzo	11-7-23	FR 4895	GSK	HFID		Paola C.	cita 10 enero 2024.
12 MESES	Hepatitis A	11-7-23	W00054	MSD	HFID		Paola C.	
12 MESES	Varicela	11-7-23	W031637	MSD	HFID		Paola C.	
18 MESES	Difteria Tetanos Tos Ferina	10-1-24	Serum	285240097	HLVS E.S.E. Samaniego Servicio de Vacunación			
18 MESES	Polio	10-1-24	Biological	2233001				
18 MESES	Fiebre Amarilla	11-7-23	LV22AFC093A	PFIZER	HFID		Paola C.	
5 AÑOS	Difteria Tetanos Tos Ferina							
5 AÑOS	Polio							
5 AÑOS	Sarampión Rubéola Parotiditis	10-1-24	Serum	0132R00AA	HLVS E.S.E. Samaniego Servicio de Vacunación		Lorena Melo	
OTRAS		Falta aplicando					5 años	
OTRAS								
OTRAS								

Sandy Martinez
Tec. Aux. en Enfermeria
CC. No. 1122336822

Paulina Carpintero
Tec. Aux. en Enfermeria
CC. No. 1007726927

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: Juan Jose Villota

Doc. de Identidad: RC 1088740595

EPS: Emssanar

Teléfono: 3237743234

Domicilio: B/ 7 Agosto

		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											24-11-2023 24-05-2024		
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

LILIANA MIRIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600493-2011

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO NUTRICIONAL MENSUAL
DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO INSTITUCIONAL – CONTRATO 86001912025 – SAN MIGUEL

NOMBRE DE LA UDS: Fronteras de Paz

NOMBRES Y APELLIDOS	PESO	TALLA	PERIMETRO BRAQUIAL	CLASIFICACION NUTRICIONAL	FECHA	REMITIDO SI/NO	OBSERVACIONES	FIRMA DEL RESPONSABLE
Juan Jose Villota	11,4	91	14	Riesgo de desnutrición Aguda	20/11/25		Sin signos clinicos de desnutrición	
Juan Jose Villota	11,4	91	14	Riesgo de desnutrición Aguda	25/11/25		Sin signos clinicos de desnutrición	
Juan Jose Villota	12,2	91	14,2		9/12/25		Sin Signos clinicos de desnutrición	

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

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

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 Juan Jose Villota Melo, identificado (a) con documento de identidad número 1088740395, 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, Sindy Katherine Melo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1088730186, 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 Fundación Alma de 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 Institucional

Suscriben:

Firma: Sindy Melo
Nombre: Sindy Katherine Melo
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3216562037
Fecha: 20/11/2023
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.

CLASIFICADA

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

Para este año electivo 2025 el pacto de convivencia de CDI Fronteras de paz y Fronteras de Paz 1, ha sido socializado y actualizado de forma igualitaria y democrática con los integrantes de la comunidad perteneciente al programa de un acuerdo colectivo expresado en compromisos que se asumen con el objetivo de crear espacios apropiados para el desarrollo integral de las niñas y los niños que faciliten el desarrollo de relaciones entre niños y niñas, maestras administrativos padres de familia y demás personas que hacen parte de la primera infancia.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

- ✓ Que se le respeten y salvaguarden los derechos fundamentales (vida, salud, educación, integridad) de los niños y las niñas según las leyes que los amparan.
- ✓ Al afecto y buen trato y a que mi padre, madre o cuidador responsable atienda las llamadas de las maestras o personal del CDI en los horarios definidos.
- ✓ A una alimentación balanceada, acorde a su edad y según la minuta.
- ✓ Reconocimiento ante los demás compañeros.
- ✓ A que nos cuente que está pasando en la actualidad y nos expliquen porque este cambio en el modo de vida.

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

- ✓ Saludar a las personas con las que me relaciono diariamente y comparto rutinas con mi familia.
- ✓ Reconozco que a veces me equivoco y pido disculpas, respetando a las personas con las que convivo.
- ✓ Cuido y recojo los materiales pedagógicos y mis pertenencias, utilizo las palabras; por favor, gracias, y hablo sin gritar.
- ✓ Atiendo cuando los demás me hablan y participó activamente en las actividades propuestas por las maestras o personal pertinente del CDI Fronteras de Paz, Fronteras de paz 1.
- ✓ Aplico normas de higiene (lavo mis manos con agua y jabón por lo menos cinco veces al día por más de 20 segundos. Me cepillo los dientes por lo menos; después de cada comida, antes de acostarme y después de levantarme) y a consumo los alimentos, especialmente las frutas y las verduras.
- ✓ Acudir de manera periódica a las UDS.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

- ✓ A que su hijo reciba una excelente atención; que las practicas, retos propuestos sean acordes a la edad y las necesidades de los niños y las niñas.
- ✓ A pertenecer a los comités de padres de familia.
- ✓ A que se le dé un buen trato por parte de los empleados y demás padres usuarios y a que se le escuche cuando presente sugerencias, quejas, reclamos o solicitudes.
- ✓ A recibir acompañamiento y orientación pertinente, y oportuna, que fortalezcan la práctica de cuidado y crianza de los niños y las niñas en el hogar.

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

- ✓ En el momento de la matricula presentar los documentos solicitados y mantenerlos actualizados según corresponda.
- ✓ Informar a la agente educativa oportunamente situaciones que pongan en riesgo el bienestar de la familia especialmente el desarrollo integral de los niños y las niñas, por el medio de comunicación que considere

(telefónico, mensajería y/o escrito).

- ✓ Informar oportunamente si el niño o niña presenta alergias, asma, o enfermedades que afecten su estado de salud al agente educativo, en caso que impidan su asistencia justificarla en lo posible por escrito.
- ✓ A través del Buzón de Sugerencias manifestar sus Quejas, Peticiones, Reclamos, Sugerencias y/o felicitaciones.
- ✓ Si se toma la decisión de retirar la niña o el niño del CDI, Informar verbalmente mediante llamada o escrito por mensaje o carta de retiro voluntario escrito con el fin que a la maestra para que ella informe a coordinación.
- ✓ Asistir a las jornadas de formación a familia mensualmente y actividades de trabajo que se consideren necesarias.
- ✓ Hacer uso del uniforme cuando las condiciones económicas le permitan.
- ✓ Evitar el uso dentro del CDI de joyas de valor y el ingreso mecato dinero o juguetes
- ✓ Dar cumplimiento estricto a los horarios de ingreso y salida. CDI Fronteras de Paz (La Dorada), hora de ingreso 8:00 am (casos excepcionales los días de lluvia ingreso máximo hasta las 8:15 am) y hora de salida 4:00 pm. Puerto Colon hora de ingreso 8:00 am (casos excepcionales los días de lluvia ingreso máximo hasta las 8:15 am) hora de salida 4:00 pm.
- ✓ Se permitirá la apertura del portón de las instalaciones del CDI Fronteras de paz 1 Puerto Colon,10 minutos antes de la hora de ingreso, así como También en la hora Salida, (solo en casos excepcionales de días de Lluvia) con el fin de resguardar a los usuarios y a sus familias, según las condiciones climáticas.

CONSECUENCIAS DE COMPORTAMIENTOS INADECUADOS E INCUMPLIMIENTO DE DEBERES POR PARTE DE LOS PADRES DE FAMILIA.

1) En caso de incumplimiento de los deberes o acuerdos establecidos en el pacto de convivencia por parte de los padres, se procederá a iniciar un diálogo entre los padres de familia, la agente educativa, la coordinadora, Apoyo Psicosocial y/o Nutricionista, según corresponda. Como parte del proceso, se implementarán estrategias que pueden incluir llamados de atención, establecimiento de compromisos y actividades pedagógicas como trabajos comunitarios y mingas, de acuerdo con su pertinencia y viabilidad para garantizar el cumplimiento de los compromisos y actividades propuestas.

2) En caso de inasistencias no justificadas, agente educativa remitirá el caso a apoyo psicosocial y Nutricionista; quienes realizaran contacto y seguimiento por medio telefónico, en encuentro en el hogar o por el medio que sea necesario, constatando el estado y motivo de la inasistencia del usuario o usuaria y tomará las acciones pertinentes y pactará compromisos con las familias (diligenciamiento del formato de novedades); para dar continuidad a la atención en la UDS. Si reincide en otra falta se notificará a la coordinadora, quienes junto con la psicosocial verificaran la justificación a la inasistencia y activación de rutas ante el incumplimiento.

Para efectos de legalidad, se firma el presente documento a los 28 días, del mes de abril del año 2025.

EDITH ISABEL MENESES
Coordinadora pedagógica

MARGARITA MOSQUERA
Apoyo psicosocial

Sindy Melo
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Leidy Marcela Rincón
Agente educativa

Huella del niño/niña

EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.559-0 - NUIR. 2-86868000-7
Autorretenedores Res. 007 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 17974-8	Pago oportuno hasta:	07/11/2025	Mes Facturado
Factura Nro	2037343582	Suspensión a partir de:	08/11/2025	OCTUBRE 2025

1.Información General

Nombre: ANGEL ARTURO RUALES RUALES

Último pago $ 23.850

Dirección: BR SAN FELIPE

Tuve servicio de energía entre: 18-SEP-2025 - 20-OCT-2025 (32)

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM1	S106	185	2	RESIDENCIAL	URBANA	1	.8	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - SAN FELIPE

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta
FACTURA DE VENTA	27-10-25	27-OCT-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 448609

0

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU): Generación 411.7 + Transmisión 51.66 + Distribución 269.4 + Comercialización 142.55 + Pérdidas 58.46 + Restricción 37.23 = CU 971 ($/Kwh)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor
HIK	19819451	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	4077	4056
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	21		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	20391		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	564.35		
Subsidio: %	41.88	$	-8540.69
Contribucion: %	0	$	0
Sub Total $	11850.31		

Meses en deuda: 1 — % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2025	ABRIL	89	0
2025	MAYO	99	0
2025	JUNIO	97	0
2025	JULIO	79	0
2025	AGOSTO	38	0
2025	SEPTIEMBRE	11	0
	PROMEDIO	69	0

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD104 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 269.7063 Dscto %t: 20
CEC: 11.09
DIU: 69.1 FIU: 96
HC: 0 VC: 6
Valor a Compensar: 598.04

3.Información de Créditos EEBP

Tipo de Plan	Capital Crédito	No. Cuotas	Saldo Capital	Cuotas Pagadas	Cuotas por Facturar

Gerente General

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	Total
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	20,391.00	.00	.00	20,391.00
SUBSIDIO	-8,540.69	.00	.00	-8,540.69
AJUSTE A SUBSIDIO	2,175.30	.00	.00	2,175.30
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-598.04	.00	.00	-598.04
AJUSTE A LA DECENA	2.43	.00	.00	2.43

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

13,430

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Públi

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	750	0	750

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillad

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado				0	0			0		0
Aseo*				12.000	0			0		12,000

*Aseo: Frecuencia Semanal > No Aprovechables: 3 Barrido: 3

8.Información Facturación Otros Convenios

Concepto	Empresa	Dirección PQR y/o Teléfono	Valor Tarifa	Saldo Anterior	Valor Total

Total	+	Impuesto	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar el total
13,430		750		12,000		0		$ 26,180

CUFE: dca502ac6ec1ca5a4fc21e67[illegible]

(415)7709[illegible](8020)100020373435827 7(3900)000026180(96)20251107

Paga fácil por Internet en www.eebpsa.com.co/factur

www.eebpsa.com.co /eebpsaesp /eebpsa

Esta factura presta Mérito Ejecutivo de acuerdo a las Normas del Derecho Civil y Comercial Ley 142 Art. 130

Proveedor Tecnologico: dispapeles S.A.S. NIT: 860028589-2 Software facte