	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	NIT. 900027451-0
	LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS USUARIOS	

HCB HCB LOS ENANITOS

USAURIO: MAXIMO GOMEZ CASTILLO *RC No. 1079413722*



DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotocopia del Registro civil de nacimiento (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez			
Fotocopia de documento de identidad del padre, madre o cuidador responsable	Formalización del cupo	Una sola vez			
Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF. SISBEN- renovar cada 3 meses, o en su defecto Certificado de pertenencia a comunidad indígena, afrodescendientes, raizales, palanqueros, y ROM	Formalización del cupo	Actualización cada 3 meses			
Para identificar lugar de residencia, fotocopia de un recibo de servicios público.	Formalización del cupo	Al inicio y en caso de cambiar de residencia			

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 32887771-4

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.079.413.722

Indicativo Serial 59256405

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código K Z Y

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

REGISTRADURIA DE TESALIA - COLOMBIA - HUILA - TESALIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GOMEZ	CASTILLO

Nombre(s)

MAXIMO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes SEP Día 03	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	230950106351 27

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

CASTILLO GOMEZ KAREN LIZETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.004.074.801	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

GOMEZ ANDRADE ALVARO JAVIER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.079.409.328	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GOMEZ ANDRADE ALVARO JAVIER

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.079.409.328	Alvaro Javier Gomez

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 2023 Mes SEP Día 06	DIOGENES ORTIZ BRAND, REGISTRADO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Alvaro Javier Gomez Firma	DIOGENES ORTIZ BRAND Registrador MPAL del Estado Civil Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL
TESALIA - HUILA
06 SEP 2023
FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL
Firma:

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

OFIXPRES 100238573

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.074.901
CASTILLO GOMEZ
APELLIDOS
KAREN LIZETH
NOMBRES

Karen L. Castillo
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-ABR-2000
TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 O- F
ESTATURA G.S. RH SEXO
04-ABR-2018 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1902500-01035400-F-1004074901-20180901 0062476835A 1 48416794

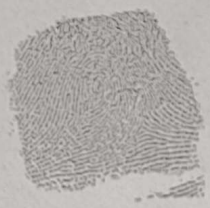
Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.079.409.328
GOMEZ ANDRADE
APELLIDOS
ALVARO JAVIER
NOMBRES

Alvaro Javier Gomez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-SEP-1989
TESALIA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

28-SEP-2007 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1902500-00557122-M-1079409328-20140325 0037733836A-1 39697779

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 11/04/2025

Ficha: 41797006539800000466

B2

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: MAXIMO

Apellidos: GOMEZ CASTILLO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1079413722

Municipio: Tesalia

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 31/08/2019

Última actualización ciudadano: 20/09/2023

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: VANESSA MAZABEL PERDOMO

Dirección: Carrera 9 No 6 - 11

Teléfono: 8377022 - 3134061848

Correo Electrónico: sisben@tesalia-huila.gov.co

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía

Electrificadora del Huila S.A ESP
Nit. 891.180.001-1

Sr(a) : GOMEZ PEREZ GLORIA MERCEDES
c.c. / Nit: 26471107
CARRERA 10 # 1-09
Municipio: 797 TESALIA HUILA Ruta: 47970035710
Dirección Postal:
Ciclo: 71 Sector: 3-LIBRE3 TESALIA

Su código de cuenta NIU
669618104
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
86064307

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
4/ 2025	13/03/25-13/04/25	$82,660	$82,660	1 meses

Datos de cuenta

Clase servicio	Residencial
Estrato	1-Bajo Bajo
Zona	OCCIDENTE
Nivel tensión	1-Secundaria
Carga instalada	0
Tipo liquidación	lectura
Modo	T10082-PCNP

Costo unitario prestación del servicio

COMPONENTES ELECTROHUILA

1 Comercialización +	154.14
2 Distribución	272.98
TOTAL ELECTROHUILA =	427.12
MERCADO ENERGÍA MAYORISTA	
3 Generación +	388.6
4 Transmisión +	49.85
5 Restricciones +	14.69
6 Pérdidas	88.84
TOTAL MERCADO MAYORISTA =	541.98
Costo unitario ElectroHuila + Mercado =	969.1

Histórico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	3	70	2024	9	78
2025	2	84	2024	8	84
2025	1	69	2024	7	83
2024	12	72	2024	6	71
2024	11	72	2024	5	66
2024	10	94	2024	4	74

Promedio de la cuenta: 76

Consumo mes año anterior: 74

Conceptos ElectroHuila

ncepto		Valor
	Deuda Capital	29,045
	Deuda Interes Capital	11
1	Consumo Periodo	109,509
10	Interes moratorio	145
07	Ajuste Decena	3
95	Subsidio	<62,175>

Cálculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-8116337	SP	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	13886	13773	1	113

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCobrar
1	1	173	113 KW/h	$418.8847	$109,509	-57%	$47.334

TOTAL

...tal...ción ElectroHuila

Descripcion	Saldo

0%

CUFE 040262413861a0cf9db71ca6a6deee9df070b7ff90aa782381cce932c3ce2e26ca07ba2401459e308b733a
Numero de Factura Electronica EH-2758411 Numero de factura: 86064307

Fecha de emisión	Mi último pago fue	Tengo plazo de pagar hasta (Vencimiento)	Me quedo sin servicio a partir de (Suspensión)
15/04/2025	$68,410 28/02/2025	PAGO INMEDIATO	PAGO INMEDIATO

Valor Energía ElectroHuila	+ Valor Servicio de Aseo	+ Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)	+ Valor Otros Cobros	= TOTAL A PAGAR
$76,538		$6,122	$0	$82,660

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN
porta cualquier novedad relacionada con la prestación del servicio
01 8000 952 115 | 3134354436
PQR: radicacion@electrohuila.co
www.electrohuila.com.co
24/7

¡Escanea! paga en línea

Pag: 6678

(15)7707274499679(8020)0669618104(3900)0000082660(96)20250428

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

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

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	1079413722
NOMBRES	MAXIMO
APELLIDOS	GOMEZ CASTILLO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	TESALIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	03/09/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	04/11/2025 18:06:00	Estación de origen:	192.168.70.220

a información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el égimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, s lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de liación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -)RES".

specto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** ce referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin portar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **cha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el iado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

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

Powered by CamScanner

Talla para la Edad Niños - 0 a 2 años

Longitud (cm)

Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)

-2
-1
0
+1
+2

Dra. Zhiaryk Y. Bravo Castro
Medico General
R.M. 1.004.074.966

05/10/23

Hurold Aquila Q.
MEDICO PEDIATRA
RNE 10.999 RNM 29604

04/04/25

Powered by CamScanner

Peso para la Edad Niños - 0 a 2 años

Peso (kg)

Meses
Nacimiento
1 año
2 años

Edad (en meses y años cumplidos)

+2
+1
0
-1
-2

Dra. Zhuryk Y. Brand Castro
Medico General
R M 1 004 074 966

Harold Avila P.
MEDICO PEDIATRA
R.N.

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCION SOCIAL

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos Maximo Gomez Castillo

Tipo de Documento: RC [X] TI [ ] OTRO [ ]

No. de Documento: 1094137222

Fecha de Nacimiento: Día 03 Mes 09 Año 2023

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable:

Edad	Fecha: Día	Mes	Año	Valoración Nutricional: Peso	Talla	Puntuación Z	Atención en salud por
mes							
meses							
meses							
meses							
meses							
7 meses							
3 meses							
9 meses							
ños							
ños							
ños							

CIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

	D	M	A
1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA

	D	M	A
ual			

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO

				D	M	A
H neonatal	Normal		Alterado			
ditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado			
diopatía ngénita Compleja	Normal		Alterado			
ual	Normal		Alterado			

RACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTE

	D	M	A
1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			
4.ª entrega			
5.ª entrega			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

	D	M	A	
3 años				SI* NO
4 años				SI* NO
5 años				SI* NO

*Menor o igual a 20 normal

Tipos, garantiza la Protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meningea, **H**epatitis B, **P**oliomielitis, **M**eningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus Influenzae tipo B, **D**ifteria, **T**osferina, **T**étanos, **D**iarrea por rotavirus; **N**eumonia, **O**titis, **M**eningitis bacteriemia causada por Neumococo, **E**nfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, **S**arampión, **R**ubéola, **P**arotiditis, **V**aricela, **H**epatitis A, **F**iebre Amarilla y **V**irus del Papiloma Humano.

Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	NIT. 900027451-0
	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 Enanitos, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio fundacion grupo Libertad. Manifiesto que he sido informado sobre las responsabilidades que me asisten en el marco del Código de Infancia y Adolescencia contemplado en la Ley 1098 de 2006, el cual expresa con relación al sentido de corresponsabilidad de la familia lo siguiente:

"Artículo 14. La responsabilidad parental. La responsabilidad parental es un complemento de la patria potestad establecida en la legislación civil. Es además, la obligación inherente a la orientación, cuidado, acompañamiento y crianza de los niños, las niñas y los adolescentes durante su proceso de formación. Esto incluye la responsabilidad compartida y solidaria del padre y la madre de asegurarse que los niños, las niñas y los adolescentes puedan lograr el máximo nivel de satisfacción de sus derechos. En ningún caso el ejercicio de la responsabilidad parental puede conllevar violencia física, psicológica o actos que impidan el ejercicio de sus derechos".

En atención a lo anterior, en el marco de las acciones de responsabilidad parental, es mi interés manifestar el compromiso en el proceso de atención a la primera infancia de mi hijo (a): Matimo Gomez C. con RC No 1079413722 Para ello me comprometo a:

1) Garantizar la asistencia de mi hijo(a) al HCB, 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.

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).

Powered by CamScanner

	FUNDACION GRUPO LIBERTAD	NIT. 900027451-0
	Acta de compromiso y corresponsabilidad con padres de familia y/o cuidadores	

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 2 del mes Mayo del año 2025, en el Municipio de Tesalia.

Karen Castillo Gomez
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

MADRE COMUNITARIA

Powered by CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad Tesalia

Nombre completo de la niña o niño Maximo Gomez Castillo

Fecha de nacimiento Día 3 Mes 9 Año 23 **N° Documento de Identidad** 1079413722

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 5 5 25

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Yazmin Sanchez

Fecha de registro cualitativo Día 5 Mes 8 Año 25

Rango de edad
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ● 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa ▭ **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales
el niño esta dentro del Rango adecuado pero la edad cumple con los items

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Yazmin Sanchez

Fecha de registro cualitativo Día 5 Mes 11 Año 25

Rango de edad
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ● 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa ▭ **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales
el niño cumple con los items adecuados para su edad

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

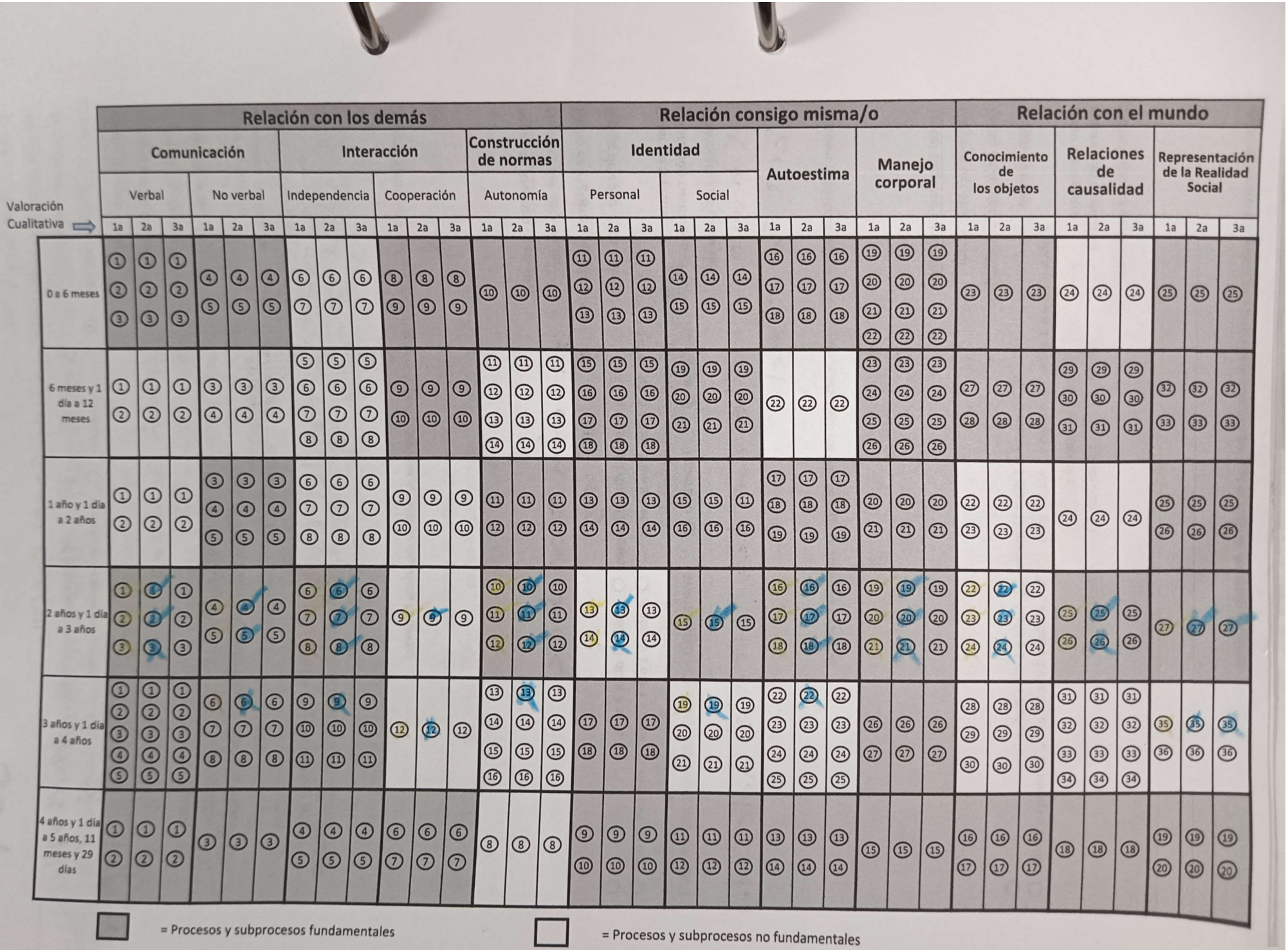
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

Rango de edad
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa ▭ **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

Powered by CamScanner



Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	11/07/2024
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 5	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad _____, identificado (a) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	x	Audios	x	Videos	x	Otros datos personales	x

Autorización - Uso imagen del titular:

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

Autorización	Fotos	x	Audios	x	Videos	x	Otros datos personales	x

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes 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 y adolescentes, 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 La Fundacion Grupo Libertad, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Hcb comunidad

Suscriben:

Firma: Karen Castillo
Nombre: Karen Castillo 60MC7
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3166318206
Fecha: 05/ mayo 2025
Municipio: Tesalia

CLARIFICADA

Powered by CamScanner