Huellas de Amor Para Tu Vida	CORPORACIÓN 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 GESTANTES PARTICIPANTES DE LA MODALIDAD EDUCACIÓN INICIAL EN EL HOGAR

UDS El Carmen

PARTICIPANTE: Maira Alejandra Trujillo Lugo

TI _ CC X **No.** 1079509442



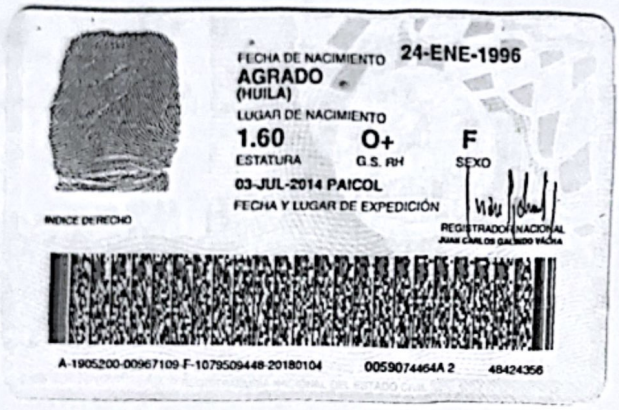
DOCUMENTO	REQUERIDO PARA	FRECUENCIACION DE ACTUALIZACION O SEGUIMIENTO	CUMPLIDO		
			SI	NO	EN PROCESO
Fotografía física, ésta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Fotocopia del documento de identidad (Legible, sin tachones, ni enmendaduras)	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Fotocopia del criterio de focalización según la guía del ICBF. – o 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	✓		

Scanned with CamScanner

Fotocopia del control prenatal	Seguimiento	Cada vez que el participante asista a la valoración según esquema establecido	✓		
Copia del carnet de vacunación actualizado según la edad gestacional	Seguimiento	Cada vez que el participante asista según el PAI	✓		
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 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	✓		

Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner

Sisbén

Fecha de consulta: 11/08/2025

Ficha: 4151807680390000257 9

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MAIRA ALEJANDRA

Apellidos: TRUJILLO LUGO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1079509448

Municipio: Paicol

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/08/2024

Última actualización ciudadano: 22/08/2024

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: MARIA LIZETH MENDEZ CERQUERA

Dirección: Calle 4 No 6 - 74

Teléfono: 3154610988 - 3206315508

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

Scanned with 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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1079509448
NOMBRES	MAIRA ALEJANDRA
APELLIDOS	TRUJILLO LUGO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	PAICOL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	SUBSIDIADO	01/02/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/17/2025 07:48:55	**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

4

Scanned with CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
SANTA ROSA DE LIMA DE PAICOL
NIT. 813.011.027-5 - CODIGO IPS: 415180008401
Calle 3 Cra 7 Esq. Telefax: 8378037

HISTORIA CLINICA MATERNO - PERINATAL - CLAP - OPS/OMS

IDENTIFICACION HISTORIA CLINICA: 1679559141418

NOMBRE: Maini Alexandra Trujillo
DIRECCION: Bladogio Duran
LOCALIDAD / MUNICIPIO: Paicol - Huila
TEL: 3112273753
FECHA DE NACIMIENTO: Dia 24 Mes 01 Año 96 — EDAD (años): 29
ETNIA: Blanca / Negra / Mestiza / Indígena / Otra
LEE Y ESCRIBE: Si / No
ESTUDIOS: Ninguno / Primaria / Secundaria / Técnico / Universitario
ESTADO CIVIL: Casada / Unión Libre / Soltera / Otra
CONTROL PRENATAL E/R: CONT / INCP / VIH / OTRO
PARTO EN:
REGIMEN: NUEVA EPS
REMITIDO EPS/IPS:

ANTECEDENTES

FAMILIARES: TBC, Diabetes, Hipertensión, Preeclampsia / Eclampsia, Otros
PERSONALES: Cirugía Pélvica, Infertilidad, VIH+, Cardiopatía, Cont. Prolong. grave, Enf. endocrina

OBSTETRICOS

Gestas Previas: 2 — Abortos: 1 — Vaginales: 0 — Nacidos vivos: 1 — Vivos: 1
ULTIMO PREVIO: <2500g / >4000g / Gemelares
1 Aborto consecutivo — Partos: + — Embarazo: 1 — Aborto previo: 0
Muertos 1 sem: 0 — Ahora: 0
FIN EMBARAZO ANTERIOR: Dia 11 Mes 06 Año 16 — Menor de 1 año / más de 5 años
EMBARAZO PLANEADO / DESEADO: Si / No
PROCESO DE METODO ANTICONCEPTIVO: no usaba / barrera / DIU / hormonal inyectable / natural / ligadura / de apoyo

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR: 65 kg — TALLA (cm): 160
GESTACION NUMERO: 3
FUM: Dia 21 Mes 01 Año 25
FPP: 29 10 25
ES CONFIABLE POR: FUM / Eco <20s
PLANIFICABA: Si / No — Pastilla
CIGARRILLOS POR DIA: 0 = No fuma
Alcohol / Drogas
ANTITETÁNICA: Vigente / DOSIS MES GESTACION: 1ª / 2ª
ANTIRUBEOLA: Previa / Embarazo / No sabe / No

EX NORMAL: ODONT. / MAMAS / CERVIX
HEMOCLASIFICACION: GRUPO / Rh + / Sensibilizada / No / Si
CITOLOGIA: mes de toma / resultado
COLPOSCOPIA: mes de toma / resultado
VIH: Consej. / Solicitada
DROGRAS <20 sem: Si / No
DROGRAS <20 sem: Si / No
SIFILIS CON PRUEBA POR FTA: Si / No / No se hizo / NR
Hb <20 sem: 11,8 g — <11.0g
Hb >20 sem: g — <11.0g
AgSHB: - / + / no se hizo
TEST O'SULLIVAN mg/dl: <135 / 135 - 199 / >= 200 / no se hizo

Fecha de la Consulta	1 12+00 28/02/25	2 28/03/25	3 25/04/25	4 6/05/25	5 26/06	6 24/07	7 29/08	8	9	10
Semanas de amenorrea	4.4.2	10.1	14	19	22.6	26.4	32.			
Peso (kg)	66	65	66.	71	71	75	79			
Tensión arterial mmHg mín (mm Hg)	105/70	110/70	110/75	100/60	110/70	100/60	110/60			
Altura uterina pubis fondo / presentación	- / -	13 / -	13 / -	19 / -	23 / -	24 / -	32 / Cef			
FCF (lat./min) / movimientos fetales	- / -	- / -	- / +	148 / +	161 / +	135 / +	153 / +			
Edema / Temperatura	NO / 36.2	N. / 36	- / 36.2	- / 36.1	- / 36.2	- / 36	- / 36.1			
Fe / Folatos / Calcio	✓ / ✓ / -	✓ / ✓ / -	✓ / ✓ / ✓	✓ / ✓ / ✓	✓ / ✓ / -	✓ / - / ✓	- / - / -			
Signos de alarma / Exámenes / Tratamiento	✓ / ✓ / ✓	✓ / ✓ / ✓	- / - / -	- / - / -	- / - / -	- / - / -	- / - / -			
Firma Profesional	Hdrb.	Hdrb.	Hdrb.	Hdrb.	Hdrb.	Hdrb.	Hdrb.			

PARTO / ABORTO
FECHA DE INGRESO: Dia Mes Año
CARNÉ: Si / No
CONSULTAS PRE-NATALES: Total
HOSPITALIZADA en EMBARAZO: Dias
CORTICOIDES ANTENATALES: Ciclo única completa / Ciclo única incompleta / Semana inicio ante
INICIO T de P: Espontáneo / Inducido / Cesar Elect.
RUPTURA DE MEMBRANAS ANTE PARTO: Dia Mes Año — Hora Min — Integra / Rotas — < 37 sem / 12 hrs / temp 38°C — Semana ruptura
HORAS ENTRE RUPTURA Y PARTO
EDAD GEST. AL PARTO: Semanas Dias — Por FUM / por ECO
PRESENTACION: Cefálica / Pelvica / Transversa

ACOMPAÑANTE EN T de P: Pareja / Familiar / Otra / Ninguno
NACIMIENTO: VIVO: Anteparto / Parto / Ignora momento — MUERTO
FECHA: Hora Min — Dia Mes Año
MULTIPLE: Orden feto — 0= Unico
TERMINACION: Espontánea / Fórceps / Cesárea / Episiotomía
INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO: Código — INDUCCION — OPERATORIO
POSICION PARTO: Sentada / Cuclillas / Acostada
EPISIOTOMIA: No / Si
ENEMA / RASURADO: No / Si — Sitio arreglo / Sitio rasurado / Enema y rasurado
DESGARROS: No / Grado (1 a 4)

OXITOCICOS EN ALUMBRAMIENTO: Oxitocina / otro Oxitócico / Espontáneo / No
PLACENTA: Completa Si/No / Retenida
LIGADURA CORDON: <30s / 30s 1m / >1m
SE HIZO PARTOGRAMA: Si / No
ATENCION PARTO: Médico / Enf. / Auxiliar / Estud. / Empírico / otro
MEDICACION RECIBIDA: Oxitocina en IBT / Antibióticos Analgesia / Epidural Anestesia / Regional / Anestesia General / Sulfato de magnesio / Terbutalina / Salbutamol / Ninguno
NOMBRE O CODIGO DEL PROFESIONAL

ENFERMEDADES: Ninguna / HTA Crónica / HTA Gestacional / Preeclampsia / Eclampsia / Cardiopatía / Diabetes / Anemia
Infec.urinaria / Amenaza parto Pretérmino / R.C.I.U / Ruptura prem. de membranas / Corio-amnionitis / Otras graves
HEMORRAGIA: 1er Trim / 2do Trim / 3er Trim / Postparto / Infección Puerperal — Código

RECIEN NACIDO

SEXO: F / M / No definido
PESO AL NACER: g — Menor 2500g
TALLA AL NACER: cms
PERIMETRO CEFALICO: cms
EDAD GESTACIONAL CONFIABLE: Semanas Dias EG — FUM / ECO / ESTIMADA
PESO EDAD GESTACIONAL: Adec / Peq / Grande
APGAR: 1er min / 5to min
HEMOCLASIFICACION: Grupo / Rh + / - / Sensibilizado / No / Si

REANIMACION: Ninguna / Ventilación presión + / Intubación OT / Masaje cardiaco / Adrenalina / Flujo libre O2
FALLECE EN SALA DE PARTO: No / Si
REFERIDO: Alojamiento conjunto / Hospitalizado / Otro hospital
DEFECTOS CONGENITOS: No / Si — Menor / Mayor — Código
ENFERMEDADES: Ninguna / Código
VALORACION NEONATAL: VESTIL / TEGU / Anafiláxia / Hipertonía — normal / anormal / no se hizo / pend. result.
Mancha Mongólica: Si / No
Boca Arriba: Si / No
Otras Posiciones

ATENDIO NEONATO: Médico / Enf. / Aux. / Estud. / Emp. / otro
NOMBRE O CODIGO DEL PROFESIONAL
VITAMINA K: Si / No
Profilaxis Oftálmica: Si / No

EGRESO RN: Dia Mes — Vivo / Con patología / Trasladado / Fallece después del traslado
EDAD: Días completos / < día
LACTANCIA: Exclusiva / Parcial / Formula
VACUNAS: Ninguna — Polio Si/No / BCG Si/No / Hepat. B Si/No
PESO AL EGRESO (g)

EGRESO MATERNO: Dia Mes — Vivo / Con patología / Trasladado materno / Fallece / Fallece después del traslado / Sana después del traslado
Horas egreso posparto: < 1 día
ANTIRUBEOLA POST PARTO: Vigente / SE APLICO: No / Si
ANTICONCEPCION: no se informa / Barrera / DIU / Hormonal / Ligadura tubárica / Natural / Otro / Ninguno

NUIP / certific. nacido vivo
NOMBRE DEL PROFESIONAL
NOMBRE DEL PROFESIONAL

5

Scanned with CamScanner
Scanned with CamScanner

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name	Tipo de identificación / ID Type
MAIRA ALEJANDRA TRUJILLO LUGO	CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number	Fecha de nacimiento / Date of birth	País nacimiento / Country of birth
1 0 7 9 5 0 9 4 4 8	24/01/1996	COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number	Correo electrónico / e-mail
NO REGISTRA	

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
TD Adulto	Primera	10	3	2016		D2251	NEIVA CORPORACION IPS	
TdaP Acelular Gestante	Anual	11	4	2016		AC37B158CA	NEIVA CORPORACION IPS	
TD Adulto	Segunda	16	5	2016		D2273	NEIVA CORPORACION IPS	
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	21	12	2019		TJA851V	SANTA ISABEL HOSPITAL CARLOS T	BILLER LADY GALINDO CARO
COVID PFIZER	Primera	9	7	2021	PFIZER	FA9100	AMBALEMA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	HERIBERTO HERRERA
COVID PFIZER	Segunda	30	7	2021	PFIZER	FA9100	AMBALEMA ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	HERIBERTO HERRERA
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	25	5	2022	PFIZER	ACC5853	SANTA ISABEL HOSPITAL CARLOS TORRENTE LLANO	GLORIA AMPARO CARO ROA
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	25	11	2023	BUTANTAN	230049	NEIVA GRUPO EXTRAMURAL	LUZ MARY LARA MURCIA
TD Adulto	Tercera	25	4	2025	Serum	2333X043B	PAICOL E.S.E SANTA ROSA DE LIMA	ELY YOJANA ROJAS CABRERA - CC26529534 - Activo
TdaP Acelular Gestante	U	24	07	2025	Sanofi	AC37B466AA	ese paicol	Alexandra Torres
Influenza	Anual	24	07	2025	GC	U50525003	ESE Paicol	Alexandra Torres

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

6

Scanned with 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 El Carmen, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio CORHUELLAS. Manifiesto que he sido informado sobre las responsabilidades que me asisten en el marco del Código de Infancia y Adolescencia contemplado en la Ley 1098 de 2006, el cual expresa con relación al sentido de corresponsabilidad de la familia lo siguiente:

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

En atención a lo anterior, en el marco de las acciones de responsabilidad parental, es mi interés manifestar el compromiso en el proceso de atención a la primera infancia de mi hijo (a): Mairo Alejandro Trujillo Lugo con RC No 1079509448 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.

7

Scanned with CamScanner

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 1 del mes 08 del año 2025, en el Municipio de Paicol.

Maira Alejandra Trujillo
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Angelica Trujillo
AGENTE EDUCATIVA

Scanned with CamScanner

	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
BIENESTAR FAMILIAR	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 _____, 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, Maira Alejandra Trujillo Lugo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1079479448 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, 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_____, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa _____

Suscriben:

Firma: Maira Alejandra Trujillo
Nombre: Maira Alejandra Trujillo Lugo
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 1-08-2025
Municipio: Pasto

¡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.

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.079.410.894
CUBIDES QUIMBAYA

APELLIDOS
WILFRAN MAURICIO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-ABR-1994
PAICOL
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-JUN-2012 TESALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1902500-00386616-M-1079410894-20120706 0030452811A 1 36738118

9

Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner