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 Padres creciendo Punto dos

PARTICIPANTE: Norma Collazos silva

TI _ **CC** X **No.** 1083866176



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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.083.866.176**

COLLAZOS SILVA

APELLIDOS

NORMA

NOMBRES

Norma Collazos Silva

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-MAR-2004**

PITALITO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-MAR-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01296497-F-1083866176-20220509 **0079**24974A 2 8504382499

2

Scanned with CamScanner

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 11/08/2025

Ficha: 41518007504100000047

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: NORMA

Apellidos: COLLAZOS SILVA

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1083866176

Municipio: Paicol

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 05/12/2018

Última actualización ciudadano: 09/07/2022

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: MARIA LIZETH MENDEZ CERQUERA

Dirección: Calle 4 No 6 - 74

Teléfono: 3154610988 - 3206315508

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

3

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	1083866176
NOMBRES	NORMA
APELLIDOS	COLLAZOS SILVA
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.	SUBSIDIADO	24/04/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/16/2025 16:26:11	**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

Scanned with CamScanner

E.S.E. HOSPITAL LOCAL DEL ESTADO
SANTA ROSA DE LIMA DE PAICOL

NIT. 813.011.027-5 - CODIGO IPS: 4151800840
Calle 3 Cra 7 Esq. Telefax: 8378037

SANTA ROSA DE LIMA - PAICOL

HISTORIA CLINICA MATERNO - PERINATAL - CLAP - OPS/OMS

IDENTIFICACION HISTORIA CLINICA: 19838664176

NOMBRE: Norma Collazos Silva
DIRECCION: Vlsan Isidro
LOCALIDAD / MUNICIPIO: Paicol - Huila
TELEF: 3114736729
FECHA DE NACIMIENTO: Dia 09 Mes 03 Año 04
EDAD (años): 20
ETNIA: Blanca / Negra / Mestiza / Indígena / Otra
LEE Y ESCRIBE: SI / NO
ESTUDIOS: Ninguno / Primaria / Secund. / Univers. / Años en el mayor nivel: 11
ESTADO CIVIL: Casada / Unión Libre / Soltera / Otra
CONTROL PRENATAL EN:
PARTO EN:
REGIMEN: CONT. / SUB / VIN. / OTRO
NOMBRE EPS/ARS: Nueva EPS

El color Amarillo significa ALERTA

ANTECEDENTES

FAMILIARES / PERSONALES: TBC, Diabetes, Hipertensión, Preeclampsia, Eclampsia, Otros
Cirugía Pélvica, Infertilidad, VIH+, Cardio/ nefropatía, Cond. médica grave, Mola, Emb. ectópico

OBSTETRICOS
ULTIMO PREVIO: <2500g, >4000g, Gemelares
Gestas Previas, Abortos, 3 Espont. consecutivos, Partos, Vaginales, Cesáreas, Nacidos vivos, Nacidos Muertos, Vivos, Muertos 1 sem., Después 1 sem.

FIN EMBARAZO ANTERIOR: Dia / Mes / Año
Menor de 1 año / más de 5 años
EMBARAZO PLANEADO / DESEADO: SI / No
FRACASO DE METODO ANTICONCEPTIVO: no sabe, barrera, DIU, hormonal, progesterona, natural, ligadura, no aplica

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR: 54 Kg
TALLA (cm): 159
GESTACION NUMERO: 1
FUM: 10/11/24
FPP: 24/08/25
EG CONFIABLE POR: FUM / Eco <20s. / SI / No
FUMA: SI / No / Pasiva
CIGARRILLOS POR DIA: 0 = No fuma
Alcohol / Drogas: No / SI
ANTITETÁNICA: Vigente / DOSIS MES GESTACION / SI / No / 1ª / 2ª
ANTIRUBEOLA: Previa / Embarazo / No sabe / No

EX-NORMAL: ODONT. / MAMAS / CERVIX: SI / No
HEMOCLASIFICACION: GRUPO / Rh + / - / Sensibilizada: No / SI
CITOLOGIA: + / - / no se hizo
COLPOSCOPIA: + / - / no se hizo
VIH: Consej. / Solicitado: SI / No
DRVRL/RPR <20 sem: - / + / no se hizo
DRVRL/RPR <20 sem: - / + / no se hizo
SIFILIS CONFIRMADA POR FTA: SI / No / No se Hizo / N/C
Hb <20 sem: g/l / <11.0g
Hb <20 sem: g/l / <11.0g
AgSHB: - / + / no se hizo
TEST O'SULLIVAN mg/cl: <135 / 135 - 199 / >= 200 / no se hizo

Fecha de la Consulta	1 14/02/24	2 19/03/25	3 11/04/25	4 09/05	5 13/06	6 11/07	7 24/07	8 01/08	9	10
Semanas de amenorrea	12	15.4	20.2	24.2	29.2	33.2	35.1	36.2		
Peso (kg)	53	52	54	57	59	61 kg	61 kg	62 kg		
Tensión arterial máx/mín (mm Hg)	110/65	105/70	1.59	100/60	100/60	110/60	110/70	110/63		
Altura uterina / pubis fondo / presentación, Cef./pelv./Tr	- / -	- / -	19 / -	22 / -	27 / -	31 / Cef	31 / cef	35 / Cef	/	/
F.C.F. (lat./min.) / movimiento fetal	- / -	- / -	146 / +	141 / +	138 / +	150 / +	137 / +	155 / +	/	/
Edema / Temperatura	NO / 36.1	NO / 36.2	NO / 36	NO / 36.2	NO / 36.2	- / 36.0	- / 36	- / 36.2	/	/
Fe / Folatos / Calcio	SI, SI, NO	SI, SI, NO	SI / SI / SI	✓ / ✓ / ✓	✓ / x / ✓	✓ / ✓ / ✓	✓ / - / ✓	✓ / ✓ / ✓	/ /	/ /
Signos de alarma / Exámenes / Tratamiento	Rx Tos	✓ / ✓ / ✓	✓ / ✓ / ✓	- / - / -	✓ / ✓ / ✓	- / - / ✓	- / ✓ / -	✓ / ✓ /	/ /	/ /
Firma Profesional										

PARTO / ABORTO
FECHA DE INGRESO: Dia / Mes / Año
CARNÉ: SI / No
CONSULTAS PRE-NATALES Total
HOSPITALIZACION en EMBARAZO Dias
CORTICOIDES ANTENATALES: Ciclo único completo / Ciclo único Incompleto / Semana Inicio / Multiples / Ninguno / N/C
INICIO T de P: Espontáneo / Inducido / Cesar. Elect.
RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: Integras / Rotas; Dia / Mes / Año; Hora / Min; Semana ruptura; < 37 sem / 12 hrs / temp 38°C
HORAS ENTRE RUPTURA Y PARTO
EDAD GEST. AL PARTO: Semanas / Dias; Por FUM / por ECO
PRESENTACION: Cefálica / Pelviana / Transversa

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

OCITOCICOS EN ALUMBRAMIENTO: Ocitocina / otro Ocitócico / Espontáneo / No
PLACENTA: Completa / Retenida; SI / No
LIGADURA CORDON: <30s / 30s 1m / >1m
SE HIZO PARTOGRAMA: SI / No
MEDICACION RECIBIDA: Oxitócicos en T de P / Antibióticos Analgesia / Epidural Anestesia / Regional; Anestesia General / Sulfato de magnesio / Transfusión Sangre / Derivados / Ninguno
ATENDIO PARTO: Médico / Enf. / Auxiliar / Estud. / Empírico / otro
NOMBRE O CODIGO DEL PROFESIONAL

ENFERMEDADES: Ninguna
HTA Crónica / HTA Gestacional / Preeclampsia / Eclampsia / Cardiopatía / Nefropatía / Diabetes / Anemia
Infec.urinaria / Amenaza parto Prematuro / 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: mm
PERIMETRO CEFALICO: mm
EDAD GESTACIONAL CONFIABLE: Semanas / Días EG; FUM / ECO / ESTIMADA
PESO EDAD GESTACIONAL: Adec / Peq / Grande
APGAR: 1er min / 5° 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
TAMIZACION NEONATAL: VDRL / TSH / Audición / Hcar bdr; normal / anormal / no se hizo / pend. result.
Meconio 1er día: 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 MATERNO: Dia / Mes; Vivo / Con patología / Traslado referencia / Fallece / Fallece después del traslado / Sana después del traslado
Horas egreso posparto
ANTIRUBEOLA POST PARTO: SE APLICO
ANTICONCEPCION: no se informa / DIU / Natural / Hormonal

EGRESO RN: Dia / Mes; Vivo / Trasladado / Fallece después del traslado
EDAD: Días completos; < 1 día
LACTANCIA: Exclusiva / Parcial
VACUNAS: SI / No; Polio / BCG
PESO AL EGRESO (g)

Scanned with CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	11-04-25	2333X043B	
	2	10-06-2025		
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1	9-05-2025	AC37B466AA	
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico		Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B		1			
		2			
		3			
Antirrábica		1			
		2			
		3			
		4			
Influenza estacional		Anual	9-05-25	V505250003	
Otras					

Powered by CamScanner

Scanned with CamScanner

NOMBRE:

			DD MM AA					DD MM AA	
TUBERCULOSIS B.C.G.	Recien Nacido	0	10 03 04.						
POLIO 3ra. – VI.	2 Mes	1ra	16 06 04.						
	4 Mes	2da	21 09 04.						
	6 Mes	3ra	31 11 04.						
	1 año después de la 3ra dosis	1er refuerzo	19 01 05						
	5 Años	2do refuerzo	17 03 09.						
PENTAVALENTE – HEPATITIS B	Recien Nacido	0	10 03 04.						
	2° Mes	1ra	16 06 04.						
	4° Mes	2da	21 09 04.						
	6° Mes	3ra	31 11 04.						
PENTAVALENTE – HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO b (Hib)	2° Mes	1ra	16 06 04.						
	4° Mes	2da	21 09 04.						
	6° Mes	3ra	31 11 04.						
PENTAVALENTE – DIFTERIA – TOSFERINA – TÉTANOS (DPT)	2° Mes	1ra	16 06 04.						
	4° Mes	2da	21 09 04.						
	6° Mes	3ra	31 11 04.						
	1 año después de la 3ra dosis	1er refuerzo	19 01 05.						
	5 Años	2do refuerzo	17 03 09.						
INFLUENZA (GRIPE)	6 – 17 Meses	1ra							
	7 – 13 Meses	2da							
	Cada Año	Anual							
	Cada Año	Anual							
FIEBRE AMARILLA	1 Año	Unica	17 01 05	SEKUN 25-05-10.			ADELA.		
	Cada 10 Años	Refuerzo		lote 012N6019.					
SARAMPION – RUBÉOLA – PAPERAS (SRP)	1 Año	1ra	10 03 04						
	5 Años	2da							
OTRAS – NEUMOCOCO (Heptavalente)	2° Mes	1ra							
	4° Mes	2da							
	6° Mes	3ra							
	1 año después de la 3ra dosis	1er refuerzo							
OTRAS – ROTAVIRUS	2° Mes	1ra							
	4° Mes	2da							
	6° Mes	3ra							
OTRAS – VARICELA	A partir de los 12 Meses	1ra	REFUERZO						
		2da	SARAMPION Y REBEOLA	27-05-10.					
OTRAS – HEPATITIS A	A partir de los 12 Meses	1ra							
		2da							
OTRAS – MENINGOCOCO		1ra							
		2da							

Scanned with CamScanner

CUMPLIMIENTO DE LA NORMA TECNICA
DETECCION TEMPRANA DE LAS ALTERACIO
DEL MENOR DE 10 AÑOS (RES. 412/00)

CITAS PROGRAMADAS

M Ca 10
21 12 10
06 11

MEDICO RURAL
C.C. 36.115.134

VACUNAR OPORTUNAMENTE CON TODAS LAS DOSIS A SUS HIJOS, GARANTIZA LA PROTECCIÓN FRENTE A ENFERMEDADES COMO:

PARÁLISIS INFANTIL (POLIOMIELITIS)

DIFTERIA

TÉTANOS

TOS FERINA

HEPATITIS B

MENINGITIS TUBERCULOSA

FIEBRE AMARILLA

SARAMPIÓN

PAROTIDITIS

MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO b

INFLUENZAE (gripe)

RUBÉOLA

Cualquier día es bueno para vacunar a tus hijos
En Colombia todos los días son días de vacunación
es fácil, gratis y sobre todo muy importante

CARNÉ DE VACUNACIÓN

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONE

Nombre: Norma colazos

Fecha de Nacimiento: 09-03-04

N° de Certificado de Nacido Vivo: _____

(RC) NUIP: _____

Sexo: FEMENINO.

Dirección: SAN ISIDRO

Teléfono: _____

Responsable: MARCELA SILVA

Municipio: PAICOL

Departamento: HUILA.

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Día de Vacunación

Presidencia
Acción Social
Agencia Presidencial para la Acción S
y la Cooperación Internacional

Scanned with CamScanner

E.S.E. SANTA ROSA DE LIMA - PAICOL

ESE SANTA ROSA DE LIMA PAICOL

NIT. 813011027

Paicol – Huila



NOMBRE_Norma Collazos SILVA_____ identificación _1083866176_____

Eps: ____NUEVA EPS_____ Direccion_ _San Andres La Plata_____

DIA	MES	AÑO	PROFESIONAL	PROXIMA CITA
16	01	2025	SERGIO CABRERA	
03	05	2025	SERGIO CABRERA	
11	07	2025.	Sergio Cabrera M. C.C. 1.007.897.652 Odontólogo	
25	07	2025	Sergio Cabrera M. C.C. 1.007.897.652 Odontólogo	

8

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

CERTIFICADO GRATUIDAD DEL SERVICIO CORHUELLAS

Yo, **Luz Ángela Urbano Onatra** identificada con cédula de ciudadanía N° 1083869402 Representante legal de la **Corporación Huellas de Amor para tu Vida con NIT 900.192.801-0**, certifico que firmé el contrato de aportes **41002412025** para la atención Integral a la Primera Infancia en la Modalidad FAMILIAR Y COMUNITARIA con el servicio de Educación Inicial en el Hogar en el municipio de Paicol, certifico que el servicio el cual se viene brindando es de total gratuidad para el número de participantes atendidos.

Este certificado se expide para dar cumplimiento a lo requerido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF regional Huila.

Dado en la ciudad de Pitalito Huila a los 06 días de marzo del 2025

Atentamente,

LUZ ANGELA URBANO ONATRA
Representante Legal
Corporación Huellas de Amor para tu Vida

Firma Acudiente
C.C.

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 Padres Creciendo Juntos 2, 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): Norma Collazos con RC No 1083866176 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.

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 6 del mes 03 del año 2025, en el Municipio de _____.

Norma Collazos
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

AGENTE EDUCATIVA

Scanned with CamScanner

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 _____, 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		Audios		Videos		Otros datos personales	
		X		X		X		Y

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Norma Collazos Silva, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1083866176, 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	
		X		X		X		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: Norma Collazos
Nombre: Norma Collazos
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3114736774
Fecha: 06-03-25
Municipio: Paicol Huila

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 12.239.460
COLLAZOS PERDOMO

APELLIDOS
HERMES

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 10-ENE-1975
PITALITO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 O+ M
ESTATURA G.S RH SEXO

05-MAY-1993 PITALITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A 1904900-00167801-M 0012239460 20090807 0014690945A 1 7090101162

12

Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner