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

HCB Los Angelitos.

USAURIO: Maria Jose Belalcazar Roba **RC No.** 1085349853



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	✓		
Fotografía física, esta ira sobre esta lista de chequeo	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		

Powered by CamScanner

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

Documento que acredite la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud vigente.	Formalización del cupo Seguimiento	Cada 3 meses	✓		
Fotocopia de la valoración integral en salud/ control de crecimiento y desarrollo	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista a la valoración según esquema establecido	✓		
Copia del carné de vacunación actualizado según la edad.	Seguimiento	Cada vez que el usuario asista según el PAI	✓		
Copia del diagnóstico médico asociado a la discapacidad (en los casos que aplique)	Seguimiento	Una sola vez, solo para las situaciones que aplique.			
Certificado de asistencia a consulta en salud bucal. (el 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 escala de valoración cualitativa.	Seguimiento	3 veces al año			
Formato autorización toma de fotos y vídeos	Formalización del cupo	Una sola vez	✓		
Formato ficha de caracterización digital o impresa	Seguimiento	Actualizar cada que haya ingresos nuevos	✓		

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 2480990

NUIP 1.085.349.853...

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco ☐ X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

BELALCAZAR ROBAYO MARIA JOSE

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)	Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2021 Mes AGO Día 16	FEMENINO	A+

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

COLOMBIA NARIÑO PASTO

Fecha de Inscripción (Mes en letras)	Indicativo serial
Año 2021 Mes AGO Día 24	0061268161

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

ROBAYO GOMEZ LINA MARCELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.080.265.858	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

BELALCAZAR JIMENEZ JOSE LUIS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.080.265.688	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

BELALCAZAR JIMENEZ JOSE LUIS

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.080.265.688

Espacio para notas

VALIDO PARA DOCUMENTACION

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA NARIÑO PASTO — Código: L Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras): Año 2021 Mes AGO Día 24

Nombre y firma del funcionario

ROSANGELA ESTUPIÑAN IVAN ROMO

Registrador del Estado Civil

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil

28106802-7

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.080.265.858
ROBAYO GOMEZ

APELLIDOS
LINA MARCELA

NOMBRES

Lina Marcela Robayo G.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-AGO-1997
LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

09-OCT-2015 LA ARGENTINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1904700-00801150-F-1080265858-20160314 0048947406A 1 44425102

Powered by CamScanner

Sisbén

Registro válido

A3

Fecha de consulta: 24/07/2025

Ficha: 41378016505500000072

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MARIA JOSE

Apellidos: BELALCAZAR ROBAYO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1085349853

Municipio: La Argentina

Departamento: Huila

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/06/2023

Última actualización ciudadano: 15/06/2023

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: CARLOS ANDERSON ACOSTA VALD

Dirección: Calle 6 No 3 -

Teléfono: 31766179

Correo Electrónico: administradorsisben@laargentina-huila.gov

Powered by 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 IDENTIFICACION	RC
NUMERO DE IDENTIFICACION	1085349853
NOMBRES	MARIA JOSE
APELLIDOS	BELALCAZAR ROBAYO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA ARGENTINA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A	SUBSIDIADO	24/04/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/22/2025 22:32:38	**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

Powered by CamScanner

Uso del carné

de salud infantil E.S.E JUAN RAMON N

E.S.E Juan Ramon N

PC 49

Mis datos

Mi nombre completo es: Maria Jose. Belarcazar Pabon

Mi lugar de nacimiento es: Paco. nariño.

El día 16 del mes 8 del año 21 Mi sexo es: X M

Mi peso al nacer fue de: 3340gl Mi talla al nacer fue de: 49cm.

Mi tipo de sangre es: A +

Mi resultado de ISM fue:

Mi número de identificación es: 1085 349 853

Mi EPS es: CCCOPSOS

Soy alérgico(a) a:

Utilizo algún medicamento especial:

Datos de mis padres

Mi mamá se llama:

Mi papá se llama:

Además en la familia también me cuidan:

Datos de mi cuidador

Cuidador principal: X

Parentesco: madrastra

Teléfono: 3174 [illegible] convivientes: nom

X

X 8

401

X

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Observaciones
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

Valor reportado TSH:

Fecha verificación:

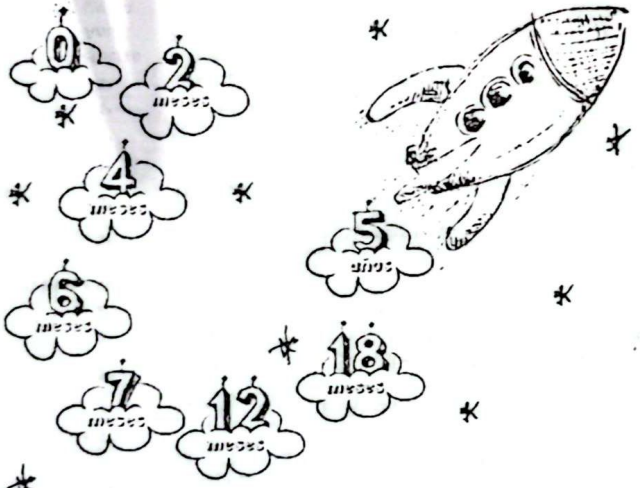
Profesional que verificó:

Exíjalo

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tetanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonias, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años



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

Republica de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI

de cero a Siempre

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: María José Hernández Rebaya
Fecha de nacimiento: [illegible]
Nº de certificado de nacido vivo: 1682655157
Registro civil: 1085 349 853
Sexo: femenino
Grupo sanguíneo: A+
Peso al nacer: 3 kg talla 49cm
Dirección: [illegible]
Telefono: 3143019034 - 3102678374
Responsable: [illegible]
Municipio de residencia: [illegible]
Departamento: [illegible]

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Powered by CamScanner

Nombre: María José Salazar Reyes Registro Civil: 1.085.349.833

Edad	Medicamento	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Procedencia	Número de lote	Nombre y Firma	Fecha próxima dosis Día Mes Año	Observaciones
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Si / No						
	Tuberculosis B.C.G.	Unica	16 04 21	Serum	03A01M223	HUDN		
	Hepatitis B	Recién nacido	16 8 21	Serum	052001A15	HUDN		
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Si / No						
	Polio (Oral - IM) VIP	1°	16-10-21	Biltheuen	2027 COIA			
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1°	16-10-21	Serum	28JOY021F	Hospital Leyva		Eliana Hoyos
	Rotavirus	1°	16-10-21	Serum	APCLC84Z1AA			
	Neumococo	1°	16-10-21	Glaxo	NPND30EBB			
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Si / No						
	Polio (Oral - IM)	2°	16-12-21	Bilthoven Bcdy	2113C0E1A	ESE: Juan Parra	16 02 22	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2°	16-12-21	Serum	28SCKC35B	ESE Juan Ramon	16 02 22	Leidy Robayo
	Rotavirus	2°	16-12-21	GlaxoSmith	APC1C35AC	ESE Juan Ramon	— — —	Leidy Robayo
	Neumococo	2°	16-12-21	GlaxoSmith	NPN33J53A	ESE Juan Ramon	16 08 22	Leidy Robayo
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3°	16-02-22	Bilthoen Bcdy	211AC0C6	ESE Juan Ramon	— — —	Leidy Robayo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3°	16-02-22	Serum	28J0035D	ESE Juan Ramon	— — —	Leidy Robayo
7 Meses	Influenza	1°	19-05-22	Greencross	USC22C0K	ESE Juan Ramo	22 06 22	Leidy Robayo
	Influenza	2°	22-06-22	Sanofi Usa	[illegible]	E.S.E JUAN	— — —	[illegible]
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1°	17-Ago-22	Serum	012ONI29A	H La Rosa	— — —	Leidy
	Fiebre Amarilla	1°	24-02-23	Sanofi	U3NR11V	ESE Juan Ram	— — —	[illegible]
	Neumococo	Refuerzo	17-Ago-22	Glaxo	NSPN3 33EFA	H La Rosa	— — —	[illegible]
	Influenza	Anual	20-05-23	Biopharma	1SC5230DF	ESE JRNP	— — —	Leidy Robayo
	Hepatitis A	UNICA	17-Ago-22	Merck	U026711	H La Rosa	— — —	[illegible]
18 Meses	Difteria-Tosferina-Tétano-DPT	1° Refuerzo	24-02-23	Serum	2ES1N01F	ESE Juan Rama	— — —	[illegible]
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	24-02-23	Bilthoen Bcdy	22C1421A	ESE Juan Rama	— — —	Leidy Robayo
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	24-02-23	Serum	C1BINCSSA	ESE Juan Ramo	— — —	Leidy Robayo
Niñas 9 Años o más	VPH	1°						
	VPH	2°						
	VPH	3°						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	(1)	17-Ago-22	Merck	U026211	H La Rosa		Hosp. Local Flores G. [illegible] Flores
	Bivalente	(A	20 Sept 22	Serum	012N0S2	H La Rosa		Eliana Flores

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Powered by CamScanner

E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS
LA ARGENTINA - H

CONTROL ODONTOLOGICO DE PROMOCION

Y PREVENCION EN SALUD ORAL

NOMBRE:	**DOCUMENTO:**
Maria Jose Belarcazar Robayo	1085.349.853
CONTROL DE PLACA **FECHA DE ATENCIÓN:** 23 Julio 2025	**FECHA DE ATENCIÓN:** 23 febrero 2026
EXPEDIDO POR: Lina Mayerly Lasso H. Auxiliar en Salud Oral C.C. 1.089.263.132 T.P. # 073	

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 los Angelitos, 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): María José Belalcazar Pekayo con RC No 1085349853 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

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 01 del mes Agosto del año 2025., en el Municipio de La Argentina.

Lina Marcela Pedraza Gómez
PADRE DE FAMILIA O CUIDADOR

Yonny Bravo Gonzalez.
MADRE COMUNITARIA

Powered by 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 María José Belalcazar Robayo, identificado (a) con documento de identidad número 1085349853, 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	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Lina Marcela Robayo Gomez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.085.265.858, 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	

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_ **CORPORACION PARA EL DESARROLLO DE LAS CIENCIAS, LA INVESTIGACION E INNOVACION** ___, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa _MODALIDAD FAMILIAR_.

Suscriben:

Firma: Lina Marcela Robayo Gomez
Nombre: Lina Marcela Robayo Gomez
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3102678374
Fecha: 01 feb/2025.
Municipio: Los Angelitos

Powered by CamScanner