IV.
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA

ETAPA DE ALISTAMIENTO

OEC.
Alistamiento 1

ANEXO 1

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE REGISTRO DE POSIBLES PARTICIPANTES Y UBICACIÓN CENTROS DE APOYO A LA INCLUSIÓN	F7.GO1.MT7.PP	19/06/2025
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: CLASIFICADA	

1. DATOS GENERALES

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 0 3 0 2 2 0 2 6 NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: ANA MARIA REYES MOSQUERA

SEÑALE CON UNA X, EL SERVICIO AL QUE ASISTE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE CON DISCAPACIDAD

Sin atención por ICBF [ ] Hogar Sustituto [ ] Presencia [X] Moda. Atrapasueños: Casas Atrapasueños [ ] Espacios comunitarios [ ] Experiencias comunitarias [ ] Otro [ ]

¿Cual? Departamento META Municipio: VILLAVICENCIO

Nombre de la Unidad de Servicio: CENTRO ZONAL 2 Nombre del responsable: MARTHA ISABEL CLAVIJO RAMIREZ

Dirección: CRA 22 # 10-73 89 BARRIO DOÑA LUZ Zona: Urbana [ ] Rural [ ] Teléfono contacto 6 0 8 6 8 3 3 6 44

Correo electrónico: Martha.Clavijo@icbf.gov.co

2. DATOS DEL POTENCIAL PARTICIPANTE

NOMBRES Y APELLIDOS: DANIEL RICARDO VELASQUEZ BARRAGAN TIPO IDENTIFICACIÓN: TI NÚMERO DOCUMENTO: 1 1 2 2 5 2 4 7 2 3

FECHA DE NACIMIENTO: 0 6 0 6 2 0 1 1 CATEGORIA DE DISCAPACIDAD: Auditiva [ ] Física [ ] Intelectual [X] Múltiple [ ] Psicosocial [ ] Sordoceguera [ ] Visual [ ]

Diagnóstico médico relacionado con la categoría: F790 RETRASO MENTAL, NO ESPECIFICADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO

Dirección de residencia: MZA 80 CASA 23 BARRIO LA RELIQUIA Municipio: VILLAVICENCIO Zona: Urbana [X] Rural [ ] Teléfono contacto 3 2 2 3 2 8 30 9 5

Correo electrónico: NO REFIERE

3. BARRERAS IDENTIFICADAS POR ENTORNO DE PARTICIPACIÓN

ENTORNO DE PARTICIPACIÓN	PARTICIPA?		INDIQUE LAS BARRERAS QUE SE PRESENTAN					
	SI	NO	FÍSICAS	ACTITUDINALES	COMUNICATIVAS	OTRAS	NINGUNA	
EDUCATIVO	[ ]	[X]	[ ]	[X]	[ ]	[X]	[ ]	

ACTITUDINALES

Se evidencian dificultades en la formulación e implementación de estrategias pedagógicas y en la garantía de apoyos necesarios para el desarrollo de un proceso educativo adecuado y pertinente, acorde a las necesidades específicas del adolescente.

ADMINISTRATIVAS

La limitada gestión por parte de las entidades territoriales y del personal administrativo del sector educativo, quienes no han logrado exigir la creación del servicio provisional de docentes de apoyo en las instituciones educativas oficiales del municipio de Villavicencio, restringe la atención coherente e inclusiva de las personas con discapacidad dentro de las aulas regulares. La progenitora refiere haber allegado oficio a la Secretaría de Educación, por solicitud de la autoridad administrativa del ICBF, con el fin de gestionar un cupo en aula regular. Asimismo, manifiesta que realizó indagaciones en diferentes instituciones educativas cerca al sector de residencia, las cuales refirieron la posibilidad de vinculación en el ciclo de educación secundaria (bachillerato); no obstante, la madre expresa su negativa frente a dicha alternativa, considerando las características comportamentales del adolescente.

SALUD (INSTITUCIONAL)	[X]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[X]	[X]	[ ]

INFORMACION COMPLEMENTARIA:

ADMINISTRATIVAS

Las gestiones administrativas, enmarcadas en el enfoque meritocrático del sistema de salud, pueden obstaculizar la asignación y continuidad de los servicios especializados, afectando el acceso oportuno a terapias y seguimientos médicos requeridos. Aunque la acudiente refiere que el adolescente cuenta con controles médicos periódicos y especializados al día, señala que en algunas ocasiones se presentan barreras administrativas para la asignación de citas; frente a estas situaciones, la madre actúa como garante activa, realizando seguimiento y utilizando de manera regular los canales institucionales para la garantía de derechos.

COMUNICATIVAS

El participante cuenta con comunicación oral; sin embargo, en ocasiones presenta dificultades para expresarse de manera clara. Aunque logra describir situaciones y entablar diálogos, requiere apoyo para hacerse entender, por lo cual se hace necesario el uso de sistemas de comunicación aumentativa y alternativa.

RECREACIÓN Y DEPORTE (COMUNITARIO Y ESPACIO PÚBLICO)	[ ]	[X]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

INFORMACION COMPLEMENTARIA

ACTITUDINALES

En los escenarios recreativos y deportivos cercanos a su domicilio se pueden presentar situaciones de inseguridad y delincuencia, lo cual limita la participación autónoma y segura del adolescente.

CULTURALES

El desconocimiento sobre la discapacidad por parte de algunos padres de familia, niños, niñas y jóvenes genera actitudes poco asertivas frente a la socialización e interacción en espacios abiertos con personas con discapacidad, evitando el contacto con ellas y creando brechas sociales que afectan negativamente los procesos de inclusión.

PARTICIPACIÓN POLÍTICA Y CIUDADANA (COMU Y ESP PÚBL)	[X]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

INFORMACION COMPLEMENTARIA

ACTITUDINALES

El adolescente asiste de manera regular al programa CASABE de lunes a viernes, donde recibe el servicio de almuerzo, el cual se encuentra ubicado en el barrio La Reliquia.

CULTURALES

El desconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad incide en la baja vinculación de la familia a espacios ciudadanos donde se socializa y debate información relevante sobre políticas públicas dirigidas a esta población, las cuales podrían contribuir a mejorar la calidad de vida del adolescente.

FAMILIAR	[X]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

INFORMACION COMPLEMENTARIAINFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

No se identifican barreras significativas en el entorno familiar que limiten la participación del adolescente; se evidencia acompañamiento y disposición para favorecer su desarrollo integral.

VIRTUAL	[X]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

INFORMACION COMPLEMENTARIA:Según refiere la acudiente, el adolescente participa en entornos virtuales bajo supervisión constante, haciendo uso de estos principalmente con fines recreativos y educativos. Dichos espacios son utilizados como herramientas de entretenimiento y apoyo al proceso de aprendizaje, garantizando un uso responsable y acorde a su etapa de desarrollo.

4. ACCIONES Y/O ESTRATEGIAS QUE SE HAN DESARROLLADO PARA MITIGAR O ELIMINAR LA BARRERA (Facilitadores y apoyos)

Actualmente se encuentran en proceso de desarrollo y gestión diversas acciones orientadas a mitigar las barreras identificadas en los diferentes entornos de participación del adolescente, entre las cuales se incluyen el acompañamiento y orientación a la familia para el fortalecimiento del conocimiento sobre derechos, rutas de atención y servicios disponibles; la gestión y seguimiento ante el sector salud para facilitar el acceso y continuidad de servicios terapéuticos y controles médicos especializados; la articulación con el entorno educativo para promover la sensibilización frente a la educación inclusiva y la identificación de apoyos pedagógicos razonables; el fortalecimiento progresivo de las habilidades comunicativas mediante la orientación y posible implementación de sistemas de comunicación aumentativa y alternativa; y la promoción gradual de la participación en entornos comunitarios, recreativos y virtuales bajo acompañamiento y supervisión, garantizando entornos protectores y avances hacia mayores niveles de autonomía.

Información de quién realiza la solicitud.

NOMBRE ANA MARIA REYES MOSQUERA ACTOR Familia [ ] Equipo humano [X] EAS [ ] Otro [ ]

N° DE IDENTIFICACIÓN 1 0 3 2 4 7 1 4 0 5 CARGO ORIENTADORA PEDAGOGICA PARA LA INCLUSION

Correo electronico: ceevcio@gmail.com Tel. 3 1 1 5 8 9 7 9 1 9

FIRMA

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE REGISTRO DE POSIBLES PARTICIPANTES Y UBICACIÓN CENTROS DE APOYO A LA INCLUSIÓN	F7.GO1.MT7.PP	19/06/2025
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: CLASIFICADA	

1. DATOS GENERALES

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20 0 1 M 2 0 2 6 NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: ANA MARIA REYES MOSQUERA

SEÑALE CON UNA X, EL SERVICIO AL QUE ASISTE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE CON DISCAPACIDAD

Sin atención por ICBF [ ] Hogar Sustituto [ ] Presencia [ ] Moda. Atrapasueños: Casas Atrapasueños [ ] Espacios comunitarios [ ] Experiencias comunitarias [ ] Otro [ ]

¿Cual?

Departamento META Municipio: VILLAVICENCIO

Nombre de la Unidad de Servicio: Nombre del responsable:

Dirección: Zona: Urbana [ ] Rural [ ] Teléfono contacto

Correo electrónico:

2. DATOS DEL POTENCIAL PARTICIPANTE

NOMBRES Y APELLIDOS: YULIETH ANDREA GUARIN PABON TIPO IDENTIFICACIÓN: TI NÚMERO DOCUMENTO: 1 1 2 3 8 0 6 2 8 9

FECHA DE NACIMIENTO: 1 0 1 2 2 0 0 8 CATEGORIA DE DISCAPACIDAD: Auditiva [ ] Física [ ] Intelectual [ ] Múltiple [ ] Psicosocial [ ] Sordoceguera [ ] Visual [ ]

Diagnóstico médico relacionado con la categoría: SINDROME DE DOWN

Dirección de residencia: CR 18 A 6 18 BARRIO LOS FLAMINGOS Municipio: VILLAVICENCIO Zona: Urbana [ ] Rural [ ] Teléfono contacto 3 1 2 7 2 2 4 3 8 6

Correo electrónico: NO REFIERE

3. BARRERAS IDENTIFICADAS POR ENTORNO DE PARTICIPACIÓN

ENTORNO DE PARTICIPACIÓN	PARTICIPA?		INDIQUE LAS BARRERAS QUE SE PRESENTAN				
	SI	NO	FÍSICAS	ACTITUDINALES	COMUNICATIVAS	OTRAS	NINGUNA
EDUCATIVO	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

ACTITUDINALES

Se evidencian dificultades en la formulación e implementación de estrategias pedagógicas y en la garantía de apoyos necesarios para el desarrollo de un proceso educativo adecuado y pertinente, acorde a las necesidades específicas de la adolescente.

ADMINISTRATIVAS

La limitada gestión por parte de las entidades territoriales y del personal administrativo del sector educativo, quienes no han logrado exigir la creación del servicio provisional de docentes de apoyo en las instituciones educativas oficiales del municipio de Villavicencio, restringe la atención coherente e inclusiva de las personas con discapacidad dentro de las aulas regulares.

SALUD (INSTITUCIONAL)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

INFORMACION COMPLEMENTARIA:

ADMINISTRATIVAS

Las gestiones administrativas, enmarcadas en el enfoque meritocrático del sistema de salud, pueden obstaculizar la asignación y continuidad de servicios especializados, afectando el acceso a terapias y seguimientos médicos requeridos.

COMUNICATIVAS

La participante se comunica por medio de lenguaje no verbal, expresa sus necesidades por medio de señalamientos por lo cual requiere de apoyo permanente de sistemas de comunicación aumentativa y alternativa.

RECREACIÓN Y DEPORTE (COMUNITARIO Y ESPACIO PÚBLICO)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

INFORMACION COMPLEMENTARIA

ACTITUDINALES

En los escenarios recreativos y deportivos cercanos a su domicilio se pueden presentar situaciones de inseguridad y delincuencia, lo cual limita la participación autónoma y segura de la adolescente.

CULTURALES

El desconocimiento sobre la discapacidad por parte de algunos padres de familia, niños, niñas y jóvenes genera actitudes poco asertivas frente a la socialización e interacción en espacios abiertos con personas con discapacidad, evitando el contacto con ellas y creando brechas sociales que afectan negativamente los procesos de inclusión.

PARTICIPACIÓN POLÍTICA Y CIUDADANA (COMU Y ESP PÚBL)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

INFORMACION COMPLEMENTARIA

ACTITUDINALES

La familia desconoce los espacios de participación ciudadana disponibles, lo cual limita la identificación de oportunidades que faciliten la integración, disfrute y participación activa de la adolescente en la comunidad.

CULTURALES

El desconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad incide en la baja vinculación de la familia a espacios ciudadanos donde se socializa y debate información relevante sobre

FAMILIAR	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

INFORMACION COMPLEMENTARIAINFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

No se identifican barreras significativas en el entorno familiar que limiten la participación de la adolescente; se evidencia acompañamiento y disposición para favorecer su desarrollo integral.

VIRTUAL	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

INFORMACION COMPLEMENTARIA:Según refiere la acudiente, la adolescente participa en entornos virtuales con apoyo de otra persona y bajo supervisión constante, haciendo uso de estos principalmente con fines de entretenimiento como musica.

4. ACCIONES Y/O ESTRATEGIAS QUE SE HAN DESARROLLADO PARA MITIGAR O ELIMINAR LA BARRERA (Facilitadores y apoyos)

Actualmente se encuentran en proceso de desarrollo y gestión diversas acciones orientadas a mitigar las barreras identificadas en los diferentes entornos de participación de la adolescente, entre las cuales se incluyen el acompañamiento y orientación a la familia para el fortalecimiento del conocimiento sobre derechos, rutas de atención y servicios disponibles; la gestión y seguimiento ante el sector salud para facilitar el acceso y continuidad de servicios terapéuticos y controles médicos especializados; la articulación con el entorno educativo para promover la sensibilización frente a la educación inclusiva y la identificación de apoyos pedagógicos razonables; el fortalecimiento progresivo de las habilidades comunicativas mediante la orientación y posible implementación de sistemas de comunicación aumentativa y alternativa; y la promoción gradual de la participación en entornos comunitarios, recreativos y virtuales bajo acompañamiento y supervisión, garantizando entornos protectores y avances hacia mayores niveles de autonomía.

Información de quién realiza la solicitud.

NOMBRE ANA MARIA REYES MOSQUERA ACTOR Familia [ ] Equipo humano [ ] EAS [ ] Otro [ ]

N° DE IDENTIFICACIÓN 1 0 3 2 4 7 1 4 0 5 CARGO ORIENTADORA PEDAGOGICA PARA LA INCLUSION

Correo electronico: ceevcio@gmail.com Tel. 3 1 1 5 8 9 7 9 1 9



FIRMA

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE REGISTRO DE POSIBLES PARTICIPANTES Y UBICACIÓN CENTROS DE APOYO A LA INCLUSIÓN	F7.GO1.MT7.PP	19/06/2025
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: CLASIFICADA	

1. DATOS GENERALES

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 3 0 1 2 2 0 2 5 NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: ANA MARIA REYES MOSQUERA

SEÑALE CON UNA X, EL SERVICIO AL QUE ASISTE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE CON DISCAPACIDAD

Sin atención por ICBF ☐ Hogar Sustituto ☐ Presencia ■ Moda. Atrapasueños: Casas Atrapasueños ☐ Espacios comunitarios ☐ Experiencias comunitarias ☐ Otro ☐

¿Cual? Departamento META Municipio: VILLAVICENCIO

Nombre de la Unidad de Servicio: CENTRO ZONAL 2 Nombre del responsable: YULIAN LISETH USTARIZ BOHORQUEZ

Dirección: CRA 22 # 10-73 89 BARRIO DOÑA LUZ Zona: Urbana ■ Rural ☐ Teléfono contacto 6 0 8 6 8 3 3 6 44

Correo electrónico:

2. DATOS DEL POTENCIAL PARTICIPANTE

NOMBRES Y APELLIDOS: VALENTINA BRAVO IBARRA TIPO IDENTIFICACIÓN: TI NÚMERO DOCUMENTO: 1 1 2 2 9 2 8 2 4 6

FECHA DE NACIMIENTO: 1 7 0 3 2 0 1 0 CATEGORIA DE DISCAPACIDAD: Auditiva ☐ Física ■ Intelectual ■ Múltiple ☐ Psicosocial ■ Sordoceguera ☐ Visual ☐

Diagnóstico médico relacionado con la categoría: RETRADO MENTAL MODERADO Y OTROS TRASTORNOS DE LOS HABITOS Y DE LOS IMPULSOS

Dirección de residencia: CARRERA 54 SUR NO. 65-04 CASA 12 AP 201 PORFIA Municipio: VILLAVICENCIO Zona: Urbana ☐ Rural ☐ Teléfono contacto 3 1 2 5 0 1 16 4 1

Correo electrónico: NO REFIERE

3. BARRERAS IDENTIFICADAS POR ENTORNO DE PARTICIPACIÓN

ENTORNO DE PARTICIPACIÓN	PARTICIPA?		INDIQUE LAS BARRERAS QUE SE PRESENTAN
EDUCATIVO	SI ☐	NO ■	FÍSICAS ☐ ACTITUDINALES ■ COMUNICATIVAS ☐ OTRAS ■ NINGUNA ☐

ACTITUDINALES

Se evidencian dificultades en la formulación e implementación de estrategias pedagógicas y en la garantía de apoyos necesarios para el desarrollo de un proceso educativo adecuado y pertinente, acorde a las necesidades específicas de la adolescente

SALUD (INSTITUCIONAL)	SI ■	NO ☐	FÍSICAS ☐ ACTITUDINALES ☐ COMUNICATIVAS ☐ OTRAS ■ NINGUNA ☐

INFORMACION COMPLEMENTARIA:

ADMINISTRATIVAS

Las gestiones administrativas, enmarcadas en el enfoque meritocrático del sistema de salud, pueden obstaculizar la asignación y continuidad de servicios especializados, afectando el acceso a terapias y seguimientos médicos requeridos.

RECREACIÓN Y DEPORTE (COMUNITARIO Y ESPACIO PÚBLICO)	SI ☐	NO ■	FÍSICAS ☐ ACTITUDINALES ☐ COMUNICATIVAS ☐ OTRAS ☐ NINGUNA ☐

INFORMACION COMPLEMENTARIA

ACTITUDINALES

En los escenarios recreativos y deportivos cercanos a su domicilio se pueden presentar situaciones de inseguridad y delincuencia, lo cual limita la participación autónoma y segura de la adolescente.

CULTURALES

El desconocimiento sobre la discapacidad por parte de algunos padres de familia, niños, niñas y jóvenes genera actitudes poco asertivas frente a la socialización e interacción en espacios abiertos con personas con discapacidad, evitando el contacto con ellas y creando brechas sociales que afectan negativamente los procesos de inclusión.

PARTICIPACIÓN POLÍTICA Y CIUDADANA (COMU Y ESP PÚBL)	SI ☐	NO ■	FÍSICAS ☐ ACTITUDINALES ☐ COMUNICATIVAS ☐ OTRAS ☐ NINGUNA ☐

INFORMACION COMPLEMENTARIA

ACTITUDINALES

La familia desconoce los espacios de participación ciudadana disponibles, lo cual limita la identificación de oportunidades que faciliten la integración, disfrute y participación activa de la adolescente en la comunidad.

CULTURALES

El desconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad incide en la baja vinculación de la familia a espacios ciudadanos donde se socializa y debate información relevante sobre políticas

FAMILIAR	SI ■	NO ☐	FÍSICAS ■ ACTITUDINALES ■ COMUNICATIVAS ☐ OTRAS ☐ NINGUNA ☐

INFORMACION COMPLEMENTARIAINFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: Se realiza la solicitud a la familia para allegar al Centro de Educación Especial de Villavicencio la documentación mínima requerida para la vinculación de la adolescente al servicio; sin embargo, a la fecha no se ha recibido dicha información. Solamente se cuenta con el pantallazo de solicitud de cupo por parte del Grupo de Gestion Misional de ICBF e historia clinica de atencion por la especialidad de psiquiatria el dia 17 de diciembre de 2025.

VIRTUAL	SI ☐	NO ■	FÍSICAS ☐ ACTITUDINALES ☐ COMUNICATIVAS ☐ OTRAS ☐ NINGUNA ☐

INFORMACION COMPLEMENTARIA: Se desconoce

4. ACCIONES Y/O ESTRATEGIAS QUE SE HAN DESARROLLADO PARA MITIGAR O ELIMINAR LA BARRERA (Facilitadores y apoyos)

La madre refiere que actualmente se encuentra en curso un proceso de restablecimiento de derechos ante el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), razón por la cual requiere la vinculación de la adolescente al servicio, con el fin de garantizar su permanencia en el medio familiar biológico.

Información de quién realiza la solicitud.

NOMBRE ANA MARIA REYES MOSQUERA ACTOR Familia ☐ Equipo humano ■ EAS ☐ Otro ☐

N° DE IDENTIFICACIÓN 1 0 3 2 4 7 1 4 0 5 CARGO ORIENTADORA PEDAGOGICA PARA LA INCLUSION

Correo electronico: ceevcio@gmail.com Tel. 3 1 1 5 8 9 7 9 1 9

FIRMA

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE REGISTRO DE POSIBLES PARTICIPANTES Y UBICACIÓN CENTROS DE APOYO A LA INCLUSIÓN	F7.GO1.MT7.PP	19/06/2025
BIENESTAR FAMILIAR		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: CLASIFICADA	

1. DATOS GENERALES

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 20 0 1 M 2 0 2 6 NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: ANA MARIA REYES MOSQUERA

SEÑALE CON UNA X, EL SERVICIO AL QUE ASISTE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE CON DISCAPACIDAD

Sin atención por ICBF [X] Hogar Sustituto [ ] Presencia [ ] Moda. Atrapasueños: Casas Atrapasueños [ ] Espacios comunitarios [ ] Experiencias comunitarias [ ] Otro [ ]

¿Cual?

Departamento META Municipio: VILLAVICENCIO

Nombre de la Unidad de Servicio: Nombre del responsable:

Dirección: Zona: Urbana [ ] Rural [ ] Teléfono contacto

Correo electrónico:

2. DATOS DEL POTENCIAL PARTICIPANTE

NOMBRES Y APELLIDOS: SARITA VALENTINA RODRIGUEZ MONTOYA TIPO IDENTIFICACIÓN: TI NÚMERO DOCUMENTO: 1 1 2 2 5 2 2 9 1 0

FECHA DE NACIMIENTO: 1 7 0 3 2 0 1 0 CATEGORIA DE DISCAPACIDAD: Auditiva [ ] Física [X] Intelectual [X] Múltiple [X] Psicosocial [X] Sordoceguera [ ] Visual [ ]

Diagnóstico médico relacionado con la categoría: DEFICIT COGNITIVO Y CAMBIOS DE COM PORTAMIENTO

Dirección de residencia: CR 20 E 41 27 AP 102 DELIRIO Municipio: VILLAVICENCIO Zona: Urbana [X] Rural [ ] Teléfono contacto 3 1 1 4 5 3 19 0 2

Correo electrónico: NO REFIERE

3. BARRERAS IDENTIFICADAS POR ENTORNO DE PARTICIPACIÓN

ENTORNO DE PARTICIPACIÓN	PARTICIPA?		INDIQUE LAS BARRERAS QUE SE PRESENTAN					
	SI	NO	FÍSICAS	ACTITUDINALES	COMUNICATIVAS	OTRAS	NINGUNA	
EDUCATIVO	[ ]	[X]	[ ]	[X]	[ ]	[X]	[ ]	

ACTITUDINALES

Se evidencian dificultades en la formulación e implementación de estrategias pedagógicas y en la garantía de apoyos necesarios para el desarrollo de un proceso educativo adecuado y pertinente, acorde a las necesidades específicas de la adolescente.

ADMINISTRATIVAS

La limitada gestión por parte de las entidades territoriales y del personal administrativo del sector educativo, quienes no han logrado exigir la creación del servicio provisional de docentes de apoyo en las instituciones educativas oficiales del municipio de Villavicencio, restringe la atención coherente e inclusiva de las personas con discapacidad dentro de las aulas regulares.

SALUD (INSTITUCIONAL)	[X]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[X]	[X]	[ ]

INFORMACION COMPLEMENTARIA:

ADMINISTRATIVAS

Las gestiones administrativas, enmarcadas en el enfoque meritocrático del sistema de salud, pueden obstaculizar la asignación y continuidad de servicios especializados, afectando el acceso a terapias y seguimientos médicos requeridos.

COMUNICATIVAS

La La participante cuenta con comunicación oral; sin embargo, en ocasiones presenta dificultades para expresarse de manera clara. Aunque logra describir situaciones y entablar diálogos, requiere apoyo para hacerse entender, por lo cual se hace necesario el uso de sistemas de comunicación aumentativa y alternativa.

RECREACIÓN Y DEPORTE (COMUNITARIO Y ESPACIO PÚBLICO)	[ ]	[X]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

INFORMACION COMPLEMENTARIA

ACTITUDINALES

En los escenarios recreativos y deportivos cercanos a su domicilio se pueden presentar situaciones de inseguridad y delincuencia, lo cual limita la participación autónoma y segura de la adolescente.

CULTURALES

El desconocimiento sobre la discapacidad por parte de algunos padres de familia, niños, niñas y jóvenes genera actitudes poco asertivas frente a la socialización e interacción en espacios abiertos con personas con discapacidad, evitando el contacto con ellas y creando brechas sociales que afectan negativamente los procesos de inclusión.

PARTICIPACIÓN POLÍTICA Y CIUDADANA (COMU Y ESP PÚBL)	[ ]	[X]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

INFORMACION COMPLEMENTARIA

ACTITUDINALES

La familia desconoce los espacios de participación ciudadana disponibles, lo cual limita la identificación de oportunidades que faciliten la integración, disfrute y participación activa de la adolescente en la comunidad.

CULTURALES

El desconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad incide en la baja vinculación de la familia a espacios ciudadanos donde se socializa y debate información relevante sobre

FAMILIAR	[X]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

INFORMACION COMPLEMENTARIAINFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

No se identifican barreras significativas en el entorno familiar que limiten la participación de la adolescente; se evidencia acompañamiento y disposición para favorecer su desarrollo integral.

VIRTUAL	[X]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

INFORMACION COMPLEMENTARIA:Según refiere la acudiente, la adolescente participa en entornos virtuales bajo supervisión constante, haciendo uso de estos principalmente con fines recreativos y educativos. Dichos espacios son utilizados como herramientas de entretenimiento y apoyo al proceso de aprendizaje, garantizando un uso responsable y acorde a su etapa de desarrollo.

4. ACCIONES Y/O ESTRATEGIAS QUE SE HAN DESARROLLADO PARA MITIGAR O ELIMINAR LA BARRERA (Facilitadores y apoyos)

Actualmente se encuentran en proceso de desarrollo y gestión diversas acciones orientadas a mitigar las barreras identificadas en los diferentes entornos de participación de la adolescente, entre las cuales se incluyen el acompañamiento y orientación a la familia para el fortalecimiento del conocimiento sobre derechos, rutas de atención y servicios disponibles; la gestión y seguimiento ante el sector salud para facilitar el acceso y continuidad de servicios terapéuticos y controles médicos especializados; la articulación con el entorno educativo para promover la sensibilización frente a la educación inclusiva y la identificación de apoyos pedagógicos razonables; el fortalecimiento progresivo de las habilidades comunicativas mediante la orientación y posible implementación de sistemas de comunicación aumentativa y alternativa; y la promoción gradual de la participación en entornos comunitarios, recreativos y virtuales bajo acompañamiento y supervisión, garantizando entornos protectores y avances hacia mayores niveles de autonomía.

Información de quién realiza la solicitud.

NOMBRE ANA MARIA REYES MOSQUERA ACTOR Familia [ ] Equipo humano [X] EAS [ ] Otro [ ]

N° DE IDENTIFICACIÓN 1 0 3 2 4 7 1 4 0 5 CARGO ORIENTADORA PEDAGOGICA PARA LA INCLUSION

Correo electronico: ceevcio@gmail.com Tel. 3 1 1 5 8 9 7 9 1 9

FIRMA

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

ANEXO 2

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°	
Hora: 7:00 am	**Fecha: 30 de diciembre de 2025 al 13 de enero de 2026**
Lugar:	**Centro de Educación Especial de Villavicencio**
Dependencia que Convoca:	**Centro de Educación Especial de Villavicencio**
Proceso:	*Búsqueda activa, identificación y registro de niñas, niños y adolescentes.*
Objetivo:	Realizar proceso de inscripción y registro de niñas, niños y adolescentes identificados para la vinculación al servicio de atención CAI Punto Fijo.

Agenda:

- Revision de base de datos de niñas, niños y adolescentes con discapacidad que venían siendo atendidos en CAI Punto Fijo 2025.
- Revision de base de datos de niñas, niños y adolescentes que se encontraban en lista de espera.
- Revision de base de datos de la Secretaria de Gestión Social, Participación Ciudadana e Inclusion.
- Diseño y difusión de flyer para proceso de búsqueda activa por medio de redes sociales.
- Atención a familias y niñas, niños y adolescentes para proceso de registro a la forma de atención.

Desarrollo:

Durante los 15 días de la etapa de alistamiento se realizó la revisión de la base de datos de niñas, niños y adolescentes con discapacidad que venían siendo atendidos en el CAI Punto Fijo durante el año 2025, con el fin de verificar la información registrada, actualizar datos relevantes y confirmar la continuidad en el proceso de atención.

Posteriormente, se llevó a cabo la revisión de la base de datos correspondiente a niñas, niños y adolescentes que se encontraban en lista de espera, permitiendo identificar el número de posibles beneficiarios, sus características y necesidades específicas, con el propósito de priorizar y organizar los procesos de vinculación a la oferta de atención disponible.

De igual manera, se efectuó la revisión de la base de datos suministrada por la Secretaría de Gestión Social, Participación Ciudadana e Inclusión, contrastando la información con los registros existentes, a fin de consolidar datos y fortalecer la articulación interinstitucional para la atención integral de la población con discapacidad.

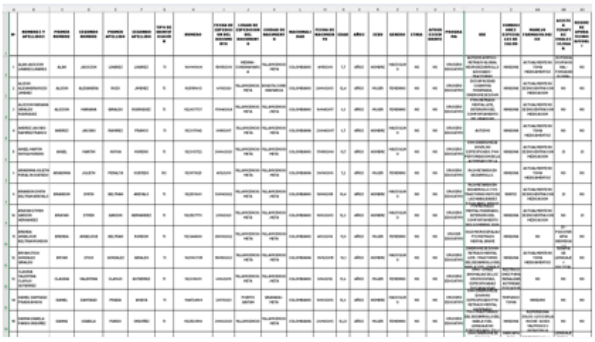
En el marco de las acciones de ampliación de cobertura, se adelantó el diseño y difusión de un flyer informativo orientado al proceso de búsqueda activa, el cual fue divulgado a través de redes sociales institucionales como WhatsApp, Instagram y Facebook, con el objetivo de convocar a familias de niñas, niños y adolescentes con discapacidad interesados en acceder a los servicios de atención del ICBF.

Finalmente, se brindó atención directa a las familias y a las niñas, niños y adolescentes para el proceso de registro a la forma de atención, logrando como resultado la inscripción de 94 participantes al servicio, distribuidos de la siguiente manera: 65 niñas y niños con edades entre los 6 y 13 años, 11 meses y 29 días, y 29 adolescentes con edades entre los 14 y 17 años, 11 meses y 29 días, garantizando el acceso oportuno a la oferta institucional.

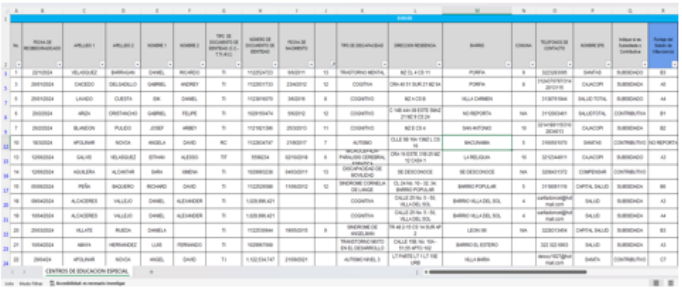
Actualmente, el servicio CAI 2026 cuenta con una lista de espera conformada por 9 participantes, de los cuales 7 corresponden a niñas y niños y 2 a adolescentes, información que permitirá orientar la planeación y priorización de cupos conforme a la disponibilidad del servicio.

PUBLICA

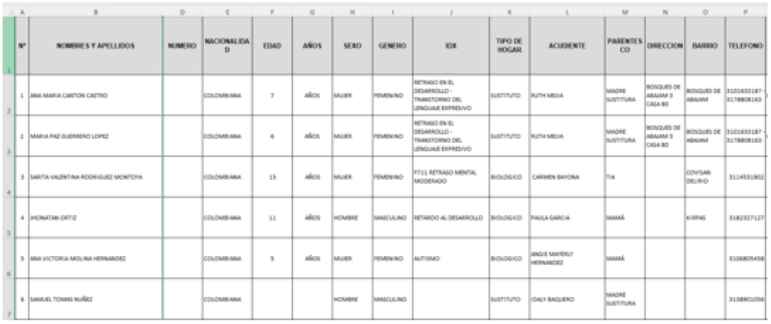
Registro fotografico:



Base de datos participantes CAI 2025.

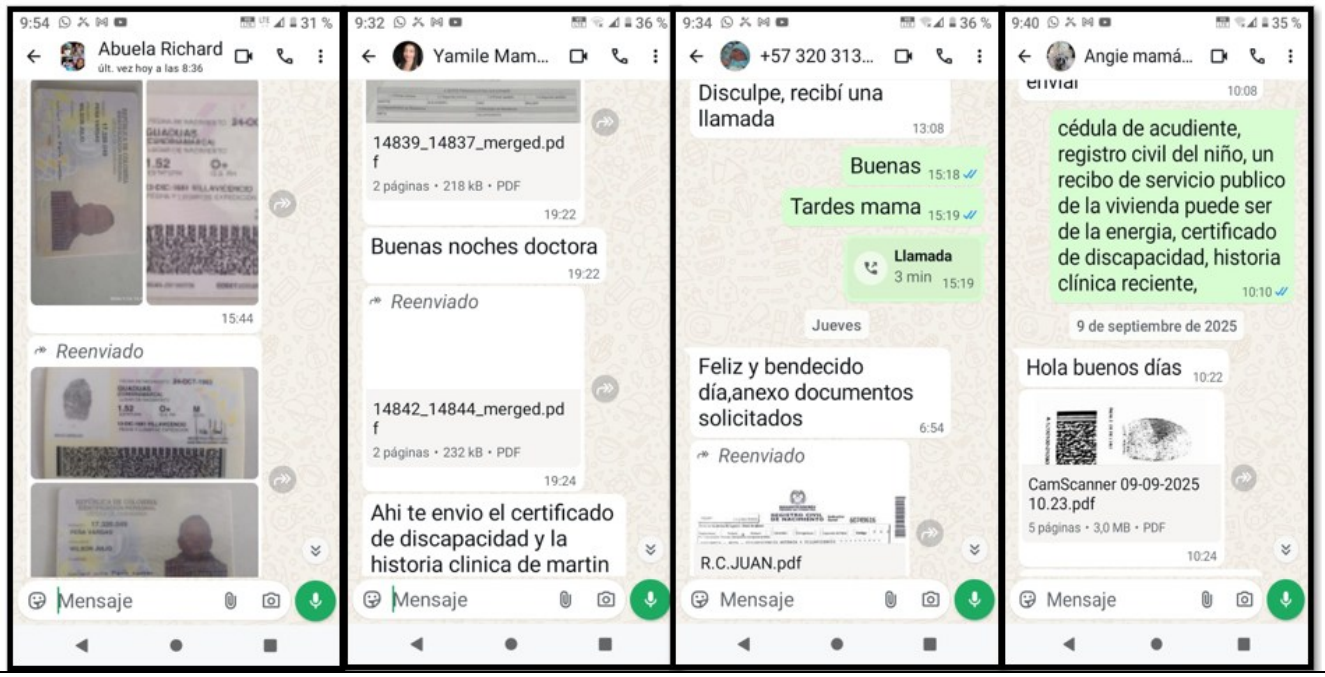


Secretaria de Gestión Social, Participación Ciudadana e Inclusión.

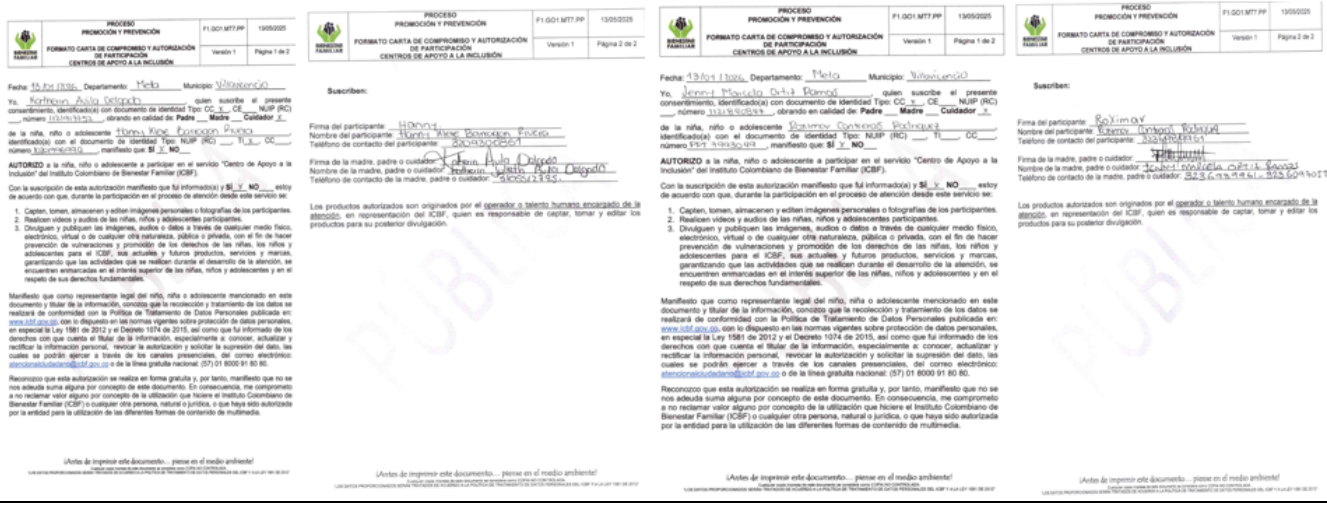


Niñas, niños y adolescentes en lista de espera CAI 2025







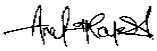


Decisiones:

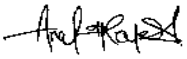
- Priorizar la atención de los participantes inscritos, garantizando la organización de los cupos disponibles conforme a los criterios de edad, tipo de discapacidad y capacidad operativa del servicio CAI para la vigencia 2026.
- Mantener activa la lista de espera del servicio CAI 2026, conformada por 7 niñas y niños y 2 adolescentes, con el propósito de realizar procesos de vinculación progresiva en caso de liberación o ampliación de cupos.
- Continuar con las estrategias de búsqueda activa mediante la difusión de información a través de redes sociales institucionales, fortaleciendo la divulgación del servicio y el acceso oportuno de las familias interesadas.
- Brindar acompañamiento permanente a las familias durante los procesos de orientación, registro y vinculación al servicio, asegurando una atención clara, oportuna y con enfoque diferencial.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Actualizar y consolidar las bases de datos de niñas, niños y adolescentes con discapacidad, integrando la información de la lista de espera y los registros de la Secretaría de Gestión Social, Participación Ciudadana e Inclusión.	Orientadora Pedagógica para la Inclusion.	Durante el proceso de atención.
Continuar con las acciones de búsqueda activa, mediante la difusión de piezas comunicativas en redes sociales institucionales y otros canales comunitarios.	Orientadora Pedagógica para la Inclusion.	Durante el proceso de atención.

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Ana María Reyes Mosquera	Orientadora Pedagógica para la inclusión.	CEE	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	No aplica	No aplica	No aplica

Colaborador que elabora el acta:



Ana María Reyes Mosquera
Orientadora pedagógica para la inclusión

PÚBLICA

ANEXO 3

BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** **FORMATO CARTA DE COMPROMISO Y AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN** **CENTROS DE APOYO A LA INCLUSIÓN**	F1.GO1.MT7.PP	13/05/2025
		Versión 1	Página 1 de 2

Fecha: 13 DE ENERO/26 Departamento: META Municipio: VILLAVICENCIO

Yo, CLAUDIA PATRICIA PINILLOS, quien suscribe el presente consentimiento, identificado(a) con documento de identidad Tipo: CC X, CE____ NUIP (RC) ___, número 1016016770, obrando en calidad de: **Padre** ___ **Madre** ___ **Cuidador** X

de la niña, niño o adolescente ANDREA GABRIELA BORDA PINILLOS, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) ___, TI X, CC____, número 1127723258, manifiesto que: **SÍ** X **NO**___

AUTORIZO a la niña, niño o adolescente a participar en el servicio "Centro de Apoyo a la Inclusión" del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Con la suscripción de esta autorización manifiesto que fui informado(a) y **SÍ** X **NO**____ estoy de acuerdo con que, durante la participación en el proceso de atención desde este servicio se:

1. Capten, tomen, almacenen y editen imágenes personales o fotografías de los participantes.
2. Realicen videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulguen y publiquen 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 de vulneraciones y promoción de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes para el ICBF, sus actuales y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realicen durante el desarrollo de la atención, se encuentren enmarcadas en el interés superior de las niñas, niños y adolescentes y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como representante legal del niño, niña o adolescente mencionado en este documento y 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, 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, 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, del correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co o de 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 diferentes formas de contenido de multimedia.

Suscriben:



Firma del participante: _____
Nombre del participante: ANDREA GABRIELA BORDA PINILLOS
Teléfono de contacto del participante: 3005653052

Firma de la madre, padre o cuidador: Claudia PR
Nombre de la madre, padre o cuidador: CLAUDIA PATRICIA PINILLOS
Teléfono de contacto de la madre, padre o cuidador: 3005653052

Los productos autorizados son originados por el operador o talento humano encargado de la atención, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación.

¡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"

Fecha: ENERO 13/26 Departamento: META Municipio: V. VICENCIO

Yo, SANDRA BEATRIZ MEDINA, quien suscribe el presente consentimiento, identificado(a) con documento de identidad Tipo: CC X, CE____ NUIP (RC) ___, número 40 940667, obrando en calidad de: **Padre** ___ **Madre** ___ **Cuidador** X

de la niña, niño o adolescente EDISON ALEXANDER FLOREZ HERNANDEZ, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) ___, TI X, CC____, número 1125003255, manifiesto que: **SÍ** X **NO**___

AUTORIZO a la niña, niño o adolescente a participar en el servicio "Centro de Apoyo a la Inclusión" del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Con la suscripción de esta autorización manifiesto que fui informado(a) y **SÍ** X **NO**____ estoy de acuerdo con que, durante la participación en el proceso de atención desde este servicio se:

1. Capten, tomen, almacenen y editen imágenes personales o fotografías de los participantes.
2. Realicen videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulguen y publiquen 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 de vulneraciones y promoción de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes para el ICBF, sus actuales y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realicen durante el desarrollo de la atención, se encuentren enmarcadas en el interés superior de las niñas, niños y adolescentes y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como representante legal del niño, niña o adolescente mencionado en este documento y 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, 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, 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, del correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co o de 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 diferentes formas de contenido de multimedia.

Suscriben:



Firma del participante: _____
Nombre del participante: EDISON ALEXANDER FLOREZ
Teléfono de contacto del participante: 3227696023

Firma de la madre, padre o cuidador: Sandra B. Medina R.
Nombre de la madre, padre o cuidador: Sandra Beatriz Medina Ramos
Teléfono de contacto de la madre, padre o cuidador: 3227696023

Los productos autorizados son originados por el operador o talento humano encargado de la atención, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación.

"LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012"

BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** **FORMATO CARTA DE COMPROMISO Y AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN** **CENTROS DE APOYO A LA INCLUSIÓN**	F1.GO1.MT7.PP	13/05/2025
		Versión 1	Página 1 de 2

Fecha: ENERO 13/26 Departamento: META Municipio: VILLAVICENCIO

Yo, ADIELA GARCIA CABRERA, quien suscribe el presente consentimiento, identificado(a) con documento de identidad Tipo: CC____, CE____ NUIP (RC) ___, número 40396431, obrando en calidad de: **Padre** ___ **Madre** ___ **Cuidador** X

de la niña, niño o adolescente ERICK SAMUEL CASTRILLON RODRIGUEZ, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) ___, TI X, CC____, número 1122535313, manifiesto que: **SÍ** X **NO**___

AUTORIZO a la niña, niño o adolescente a participar en el servicio "Centro de Apoyo a la Inclusión" del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Con la suscripción de esta autorización manifiesto que fui informado(a) y **SÍ** X **NO**____ estoy de acuerdo con que, durante la participación en el proceso de atención desde este servicio se:

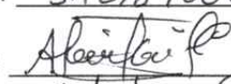
1. Capten, tomen, almacenen y editen imágenes personales o fotografías de los participantes.
2. Realicen videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulguen y publiquen las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención de vulneraciones y promoción de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes para el ICBF, sus actuales y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realicen durante el desarrollo de la atención, se encuentren enmarcadas en el interés superior de las niñas, niños y adolescentes y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como representante legal del niño, niña o adolescente mencionado en este documento y 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, 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, 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, del correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co o de 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 diferentes formas de contenido de multimedia.

Suscriben:

Firma del participante: 
Nombre del participante: ERICK SAMUEL CASTRILLON RODRIGUEZ
Teléfono de contacto del participante: 3112781686

Firma de la madre, padre o cuidador: 
Nombre de la madre, padre o cuidador: Adicla Garcia Cabana
Teléfono de contacto de la madre, padre o cuidador: 3112781686

Los productos autorizados son originados por el operador o talento humano encargado de la atención, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación.

¡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"

BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** **FORMATO CARTA DE COMPROMISO Y AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN** **CENTROS DE APOYO A LA INCLUSIÓN**	F1.GO1.MT7.PP	13/05/2025
		Versión 1	Página 1 de 2

Fecha: ENERO 13/26 Departamento: META Municipio: VILLAVICENCIO

Yo, AMARILO ANTONIO VIDAL, quien suscribe el presente consentimiento, identificado(a) con documento de identidad Tipo: CC X, CE____ NUIP (RC) ___, número 3895733, obrando en calidad de: **Padre** X **Madre** ___ **Cuidador** ___

de la niña, niño o adolescente ISABELLA VIDAL VILLARRAGA, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) ___, TI X, CC____, número 1105395814, manifiesto que: **SÍ** X **NO**___

AUTORIZO a la niña, niño o adolescente a participar en el servicio "Centro de Apoyo a la Inclusión" del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Con la suscripción de esta autorización manifiesto que fui informado(a) y **SÍ** X **NO**____ estoy de acuerdo con que, durante la participación en el proceso de atención desde este servicio se:

1. Capten, tomen, almacenen y editen imágenes personales o fotografías de los participantes.
2. Realicen videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulguen y publiquen 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 de vulneraciones y promoción de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes para el ICBF, sus actuales y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realicen durante el desarrollo de la atención, se encuentren enmarcadas en el interés superior de las niñas, niños y adolescentes y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como representante legal del niño, niña o adolescente mencionado en este documento y 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, 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, 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, del correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co o de 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 diferentes formas de contenido de multimedia.

Suscriben:



Firma del participante: _____
Nombre del participante: ISABELLA VIDAL VILLARRAGA
Teléfono de contacto del participante: 3203302910 - 3142041588

Firma de la madre, padre o cuidador: Anabella Vidal Castro
Nombre de la madre, padre o cuidador: Anabella Vidal Castro
Teléfono de contacto de la madre, padre o cuidador: 3203302910

Los productos autorizados son originados por el operador o talento humano encargado de la atención, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación.

Fecha: ENERO 13/26 Departamento: META Municipio: VILLAVICENCIO

Yo, DORALTA CASALLAS, quien suscribe el presente consentimiento, identificado(a) con documento de identidad Tipo: CC X, CE____ NUIP (RC) ___, número 31006960, obrando en calidad de: **Padre** ___ **Madre** ___ **Cuidador** X

de la niña, niño o adolescente IVAN ANDRES RODRIGUEZ CASILLA, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) ___, TI X, CC____, número 1122936479, manifiesto que: **SÍ** X **NO**___

AUTORIZO a la niña, niño o adolescente a participar en el servicio "Centro de Apoyo a la Inclusión" del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Con la suscripción de esta autorización manifiesto que fui informado(a) y **SÍ** X **NO**____ estoy de acuerdo con que, durante la participación en el proceso de atención desde este servicio se:

1. Capten, tomen, almacenen y editen imágenes personales o fotografías de los participantes.
2. Realicen videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulguen y publiquen 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 de vulneraciones y promoción de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes para el ICBF, sus actuales y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realicen durante el desarrollo de la atención, se encuentren enmarcadas en el interés superior de las niñas, niños y adolescentes y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como representante legal del niño, niña o adolescente mencionado en este documento y 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, 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, 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, del correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co o de 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 diferentes formas de contenido de multimedia.

Suscriben:



Firma del participante: _____
Nombre del participante: IVAN ANDRES RODRIGUEZ DASILVA
Teléfono de contacto del participante: 3112787759

Firma de la madre, padre o cuidador: _____
Nombre de la madre, padre o cuidador: Dorelita Casallas
Teléfono de contacto de la madre, padre o cuidador: 3112787759 / 3212327257

Los productos autorizados son originados por el operador o talento humano encargado de la atención, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación.

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"

Fecha: ENERO 13/26 Departamento: META Municipio: VILLAVICENCIO

Yo, LUDIVIA SOTO CALLE, quien suscribe el presente consentimiento, identificado(a) con documento de identidad Tipo: CC X, CE___ NUIP (RC) ___, número 40401109, obrando en calidad de: **Padre** ___ **Madre** ___ **Cuidador** X

de la niña, niño o adolescente JOSELITO PEROMO SANCHEZ, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) ___, TI X, CC___, número 1120047199, manifiesto que: **SÍ** X **NO**___

AUTORIZO a la niña, niño o adolescente a participar en el servicio "Centro de Apoyo a la Inclusión" del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Con la suscripción de esta autorización manifiesto que fui informado(a) y **SÍ** X **NO**___ estoy de acuerdo con que, durante la participación en el proceso de atención desde este servicio se:

1. Capten, tomen, almacenen y editen imágenes personales o fotografías de los participantes.
2. Realicen videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulguen y publiquen 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 de vulneraciones y promoción de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes para el ICBF, sus actuales y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realicen durante el desarrollo de la atención, se encuentren enmarcadas en el interés superior de las niñas, niños y adolescentes y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como representante legal del niño, niña o adolescente mencionado en este documento y 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, 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, 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, del correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co o de 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 diferentes formas de contenido de multimedia.

Suscriben:



Firma del participante: _____
Nombre del participante: JOSELITO PERDOMO SANCHEZ
Teléfono de contacto del participante: 3223481657

Firma de la madre, padre o cuidador: Ludivia Soto Calle
Nombre de la madre, padre o cuidador: Ludivia Soto Calle
Teléfono de contacto de la madre, padre o cuidador: 3223481657

Los productos autorizados son originados por el operador o talento humano encargado de la atención, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación.

¡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"