

EVIDENCIAS

INFORME # 11 MARZO DE 2026

OBLIGACIÓN 4

ACTIVIDAD

ANTECEDENTES MEDICOS

PADEZ HERRERA YULY PAOLA Documento de Identificación (Clase y número)

Proba Feilala

ACUERDO DE CORRESPONSABILIDAD PARA ASISTENCIA A CENTROS DE FORMACIÓN

Según consentimiento y firma de matrícula, yo Paola Fernandez identificado con C.C. N° 105534051 acudiente del estudiante: Danna Valentina Lopez del curso 101 de la jornada Tarde, confirmo que el/la estudiante está afiliado(a) a la EPS Farmisanar la cual se encuentra vigente a la fecha, por tanto, asistirá a los centros de formación los días Martes y Viernes y Viernes.

De igual manera, me comprometo a enviar el/la estudiante con los requisitos que informa la circular y recibirlo puntualmente. Además, como acudiente, SI ☒ NO ☐ autorizo que el estudiante regrese solo del colegio a la casa una vez finalice el centro de formación.

AUTORIZACIÓN PARA USO DE IMAGEN.

ME PERMITO MANIFESTAR DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA QUE: SI ☐ NO ☐ AUTORIZO: ☒

- A) La participación de mi hijo y/o acudido En las imágenes fotográficas y videos institucionales tomados por el Colegio Villas del Progreso IED en sus clases de aula o regular y/o las adelantadas con entidades aliadas.
- B) Hacer uso de las mismas sin restricción alguna al Colegio Villas del Progreso IED y/o entidades aliadas, con el fin de divulgar su imagen institucional en todos los medios de comunicación que considere pertinentes.
- C) Renunciar desde ya a cualquier pretensión de carácter económico presente o futuro, por la utilización que haga el Colegio Villas del Progreso IED y/o entidades aliadas de estas imágenes.

Nombre: Paola Fernandez Firma: P. Fernandez Teléfonos: 3012247460

SOLIS REINA DAMARSON

CELEULA DE CIUDADANIA 1.087.704.464

COLOMBIA

Datos del solicitante

Apellidos y Nombres completos

SOLIS REINA DAMARSON

Documento de Identificación (Clase y número)

DE CIUDADANIA DIREC 1087 704 464

ACUERDO DE CORRESPONSABILIDAD PARA ASISTENCIA A CENTROS DE FORMACIÓN

Según consentimiento y firma de matrícula, yo: Yenifer Palacios Hurtado identificado con C.C. N° 1193114865 acudiente del estudiante: Yakry Saray Solis Palacios del curso 101 de la jornada tarde, confirmo que el/la estudiante está afiliado(a) a la EPS Salud Total, la cual se encuentra vigente a la fecha, por tanto, asistirá a los centros de formación los días martes y viernes.

De igual manera, me comprometo a enviar el/la estudiante con los requisitos que informa la circular y recibirlo puntualmente. Además, como acudiente, SI ☒ NO ☐ autorizo que el estudiante regrese solo del colegio a la casa una vez finalice el centro de formación.

AUTORIZACIÓN PARA USO DE IMAGEN.

ME PERMITO MANIFESTAR DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA QUE: SI ☐ NO ☐ AUTORIZO: ☒

- A) La participación de mi hijo y/o acudido En las imágenes fotográficas y videos institucionales tomados por el Colegio Villas del Progreso IED en sus clases de aula o regular y/o las adelantadas con entidades aliadas.
- B) Hacer uso de las mismas sin restricción alguna al Colegio Villas del Progreso IED y/o entidades aliadas, con el fin de divulgar su imagen institucional en todos los medios de comunicación que considere pertinentes.
- C) Renunciar desde ya a cualquier pretensión de carácter económico presente o futuro, por la utilización que haga el Colegio Villas del Progreso IED y/o entidades aliadas de estas imágenes.

Nombre: Yenifer Palacios Firma: Yenifer P. Teléfonos: 3102253736 / 3172802744

ANDEZ HERRERA YULY PAOLA Documento de Identificación (Clase y número)

Proba Feilala

ACUERDO DE CORRESPONSABILIDAD PARA ASISTENCIA A CENTROS DE FORMACIÓN

Según consentimiento y firma de matrícula, yo Paola Fernandez identificado con C.C. N° 105534051 acudiente del estudiante: Danna Valentina Lopez del curso 101 de la jornada Tarde, confirmo que el/la estudiante está afiliado(a) a la EPS Farmisanar la cual se encuentra vigente a la fecha, por tanto, asistirá a los centros de formación los días Martes y Viernes y Viernes.

De igual manera, me comprometo a enviar el/la estudiante con los requisitos que informa la circular y recibirlo puntualmente. Además, como acudiente, SI ☒ NO ☐ autorizo que el estudiante regrese solo del colegio a la casa una vez finalice el centro de formación.

AUTORIZACIÓN PARA USO DE IMAGEN.

ME PERMITO MANIFESTAR DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA QUE: SI ☐ NO ☐ AUTORIZO: ☒

- A) La participación de mi hijo y/o acudido En las imágenes fotográficas y videos institucionales tomados por el Colegio Villas del Progreso IED en sus clases de aula o regular y/o las adelantadas con entidades aliadas.
- B) Hacer uso de las mismas sin restricción alguna al Colegio Villas del Progreso IED y/o entidades aliadas, con el fin de divulgar su imagen institucional en todos los medios de comunicación que considere pertinentes.
- C) Renunciar desde ya a cualquier pretensión de carácter económico presente o futuro, por la utilización que haga el Colegio Villas del Progreso IED y/o entidades aliadas de estas imágenes.

Nombre: Paola Fernandez Firma: P. Fernandez Teléfonos: 3012247460

07:15/01/2020 NOTAR A SI DE BOGOTA, D.C. DE SU ORIGINAL, QUE REPOSA EN LOS