| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN | F2.MT6.PP | 31/03/2025 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE LA MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN Y USO DE IMAGEN | Versión 1 | Página 1 de 4 |

Lugar (departamento y municipio): Cordoba / Puerto Libertador Fecha: 10/02/2026

El presente formato tiene como finalidad:

**1.** *Obtener y soportar la autorización de ingreso al servicio por parte de la mujer o persona gestante o de la madre, padre o cuidador de niñas o niños.*

*Declaración del Usuario:*

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá mi familia por parte del talento humano que hace parte del servicio Sistema Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición. Igualmente, me han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos realicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad administrativa competente del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF.

Por lo tanto, autorizo al talento humano del responsable de la operación Hospital Local Montelíbano contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) Corregimiento Loma Seca CII 1 #63 casa color lila para realizar con mi familia acciones relacionadas con la implementación del servicio (valoración y seguimiento del estado nutricional, visitas en el hogar de fortalecimiento familiar, entre otros). Así mismo aporto los siguientes documentos de la persona que hará parte del servicio:

*(Marque con una X)*
*Documentos de identidad X
*Carné de vacunación X
*Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) X
*Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) X
*Carné de control prenatal (si aplica) ____
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) X

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Carmen Alfaro Florez

Tipo y No. del documento de identidad: 1063789952 Firma Carmen alfaro

**Responsable de** (nombre de la niña o niño) Briana Sofia Martinez alfaro

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Edoardo A Petro Pers

Cargo: Gestor Comunitario Tipo y No. del documento de identidad: CC 1066735981

Firma: Edoardo A Petro

**2.** *Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:*

**a. Usuario menor de cinco años-**

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el nombre Briana Sofia Martinez A identificado con el número de identidad RC 1.063.370 052 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre



Powered by CamScanner

protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI** X **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en 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 y adolescentes 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 y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

**b. Usuario mujer o persona gestante-**

Yo, No Aplica, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número: No Aplica, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en 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 y adolescentes 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 y adolescentes, 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 informada o 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 me 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 el responsable de la operación Hospital Local de Montelibano, en representación del ICBF, quien es responsable de captar fotografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o servicio Integrado de atencion y Prevencion de la desnutricion

Suscriben:

Firma: Carmen Alfaro
Nombre: Carmen Margarita Alfaro Flores
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: X Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3008499218
Fecha: 29-12-2025
Municipio: Puerto Libertador



Powered by CamScanner

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE LA MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN Y USO DE IMAGEN | F2.MT6.PP | 31/03/2025 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 1 de 4 |

Lugar (departamento y municipio): Córdoba / Puerto Libertador Fecha: 06/02/2026

El presente formato tiene como finalidad:

**1.** *Obtener y soportar la autorización de ingreso al servicio por parte de la mujer o persona gestante o de la madre, padre o cuidador de niñas o niños.*

*Declaración del Usuario:*

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá mi familia por parte del talento humano que hace parte del servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición Igualmente, me han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos realicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad administrativa competente del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF.

Por lo tanto, autorizo al talento humano del responsable de la operación ESE Hospital Local Montelíbano contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ Mira Flores Kra 3 # 2-12 para realizar con mi familia acciones relacionadas con la implementación del servicio (valoración y seguimiento del estado nutricional, visitas en el hogar de fortalecimiento familiar, entre otros). Así mismo aporto los siguientes documentos de la persona que hará parte del servicio:

*(Marque con una X)*
*Documentos de identidad X
*Carné de vacunación X
*Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) X
*Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) X
*Carné de control prenatal (si aplica) _____
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) X

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Shaith Dayana Pérez B

Tipo y No. del documento de identidad: CC 1.066.286 221 Firma [signature]

**Responsable de** (nombre de la niña o niño) Noah David Benitez Perez

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Eduardo Antonio Petro P.

Cargo: Gestor Comunitario Tipo y No. del documento de identidad: CC. 1066735981

Firma: Eduardo Petro

**2.** *Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:*

**a. Usuario menor de cinco años-**

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el nombre Noah David Benitez Perez e identificado con el número de identidad RC 1066 286221 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre



Powered by CamScanner

protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI** X **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en 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 y adolescentes 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 y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

**b. Usuario mujer o persona gestante-**

Yo, N A, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número N/A, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en 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 y adolescentes 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 y adolescentes, 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 informada o 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 me 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 el responsable de la operación Ese Hospital Local Montelibano en representación del ICBF, quien es responsable de captar fotografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o servicio Integrado de Atención y prevención de la Desnutrición

Suscriben:

Firma: Shariff P
Nombre: Sharit Perez Ballesta
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: X
Teléfono de contacto: 315 323 4112
Fecha: 06/02/2026
Municipio: Puerto Libertador



Powered by CamScanner

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE LA MODALIDAD DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN Y USO DE IMAGEN | F2.MT6.PP | 31/03/2025 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 1 | Página 1 de 4 |

Lugar (departamento y municipio): Córdoba / Puerto Libertador Fecha: 18/02/2026

El presente formato tiene como finalidad:

**1.** ***Obtener y soportar la autorización de ingreso al servicio por parte de la mujer o persona gestante o de la madre, padre o cuidador de niñas o niños.***

*Declaración del Usuario:*

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá mi familia por parte del talento humano que hace parte del servicio Integrado de Atención y prevención de la Desnutrición Igualmente, me han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos realicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad administrativa competente del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF.

Por lo tanto, autorizo al talento humano del responsable de la operación Hospital local Montelíbano contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) Vía el Zancón Frente al taller para realizar con mi familia acciones relacionadas con la implementación del servicio (valoración y seguimiento del estado nutricional, visitas en el hogar de fortalecimiento familiar, entre otros). Así mismo aporto los siguientes documentos de la persona que hará parte del servicio:

*(Marque con una X)*
*Documentos de identidad X
*Carné de vacunación X
*Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) X
*Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) X
*Carné de control prenatal (si aplica) ____
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) X

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Yiseth Oparela Cordero

Tipo y No. del documento de identidad: RC-11.044.05410 Firma Yiseth Oparela

**Responsable de** (nombre de la niña o niño) Brihana Peña Oparela

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Eduardo Antonio Petro Perez

Cargo: Gestor Comunitario Tipo y No. del documento de identidad: CC 1.066.735.981

Firma: Eduardo Petro

**2.** ***Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:***

**a. Usuario menor de cinco años-**

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el nombre Brihana Peña Oparela e identificado con el número de identidad RC. 1063.370.857 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre



Powered by CamScanner

protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI** X **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en 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 y adolescentes 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 y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

**b. Usuario mujer o persona gestante-**

Yo, NO Aplica, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número N/A, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en 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 y adolescentes 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 y adolescentes, 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 informada o 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 me 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 el responsable de la operación ESE Hospital Local, en representación del ICBF, quien es responsable de captar fotografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición

Suscriben:

Firma: Yoseth Uparela
Nombre: Yoseth Uparela C
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: ____ Representante legal/cuidador: X
Teléfono de contacto: 3205923107
Fecha: 18/02/2026
Municipio: Puerto Libertador



Powered by CamScanner