BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO 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): Barranquilla. Fecha: 15 / 07 / 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 Fortalecimiento 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 José Antonio Anfell de Soledad contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) Cra 32B # 13B-263 Apt 401 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): Shirley Yeñez Guzmán.

Tipo y No. del documento de identidad: CC 1042460041 Firma Shirley Yeñez

Responsable de (nombre de la niña o niño) Luis Angel Polo Yeñez

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Yuranys Paola Redondo

Cargo: Gestora Comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 55.221.816

Firma: Yuranys Redondo

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PERSONALES SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA LEY 1581 DE 2012 Y DEMÁS NORMAS QUE LA MODIFIQUEN

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

a. Usuario menor de cinco años-

Quién suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el nombre Juan David Peña Núñez, identificado con el número de identidad 1234 5678 9012, 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 realizaran durante el desarrollo del proyecto se encuentren 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, _____, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 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 realizaran durante el desarrollo del proyecto se encuentren 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 Shirley Fonseca Suarez, en representación del ICBF, quien es responsable de captar fotografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o servicio Entrega de Ración y Preparación de la Desnutrición.

Suscriben:

Firma: Shirley Fonseca
Nombre: Shirley Fonseca Suarez
Calidad: (Marque con una X) Titular: ___ Representante legal/cuidador: X
Teléfono de contacto: 3007800103
Fecha: 15/04/2025
Municipio: Soledad

LOS DATOS PERSONALES SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF V.4.0 Y LA LEY 1581 DE 2012