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): Soledad / Atlántico Fecha: 01/05/2026.

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 Lineamiento 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 de Soledad contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) Calle 16 #14-17 Soledad Barrio 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) ___
*Carné de control prenatal (si aplica) ___
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) X

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Jerlis Bolaño Díaz

Tipo y No. del documento de identidad: CC. Firma Jerlis Bolaño D.

Responsable de (nombre de la niña o niño) Mia Charlotte Pava Bolaño

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Yenlys Zambrano Saldaña

Cargo: Gestor Comunitario Tipo y No. del documento de identidad: CC. 55.221.816.

Firma: Yenlys Zambrano

¡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 PARA EL TRATAMIENTO DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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 Yhoe Charlie Perez Bolaño identificado con el número de identidad N° 1140 367 833, 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 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 mayor 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 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 mismo 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 Unidad Zambullo, en representación del ICBF, quien es responsable de captar fotografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o servicio entrega de atención y Premiación de la abanderada

Suscriben:

Firma: Yerlix Bolaño R.
Nombre: Yerlix Bolaño Ruiz
Calidad: *Marque con una X)* Titular: ____ Representante legal/cuidador: X
Teléfono de contacto: 3243535105
Fecha: 6/05/2026
Municipio: Valledupar.

3

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