SERVICIO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION

INFORME GENERAL MES DE JULIO

ALIADO

ESE CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO CONVENIO ADMINISTRATIVO 52007992025

SAN ANDRES DE TUMACO 30 DE JULIO DEL 2026

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción
2. Justificación
3. Objetivo general
4. Objetivos específicos
5. Población atendida
6. Cobertura
7. Cumplimiento de metas
8. Componentes de la modalidad
9. Búsqueda activa y canalización
9.1 Anexos fotográficos
10. Componente nutricional
10.1 valoración y seguimiento del estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años
10.1.1 análisis de la información
10.1.2 anexos fotográficos
10.2 valoración y seguimiento del estado nutricional de mujeres y personas en gestación
10.2.1 análisis de la información – componente nutricional
10.22 anexos fotográficos
11. Educación para la salud alimentaria
12. Fortalecimiento comunitario para la vigilancia de los eventos de desnutrición
12.1 complementación alimentaria
12.1.1 ración familiar para preparar
12.1.2 alimento de alto valor nutricional
12.1.3 fórmulas terapéuticas listas para consumir (FTLC)
12.1.4 anexos fotográficos
13. Componente de fortalecimiento familiar y comunitario
13.1 fortalecimiento comunitario
13.1.1 anexos fotográficos
14. Fortalecimiento familiar
14.1 anexos fotográficos
15. Análisis del componente psicosocial
15.1 estudio de caso
16. Articulaciones y gestiones interinstitucionales
16.1 anexos fotográficos
17. Activación de ruta de protección
18. Componente de salud
18.1 seguimientos – resolución 3280: atención a la primera infancia y ruta materno perinatal
18.2 anexos fotográficos
19. Gestiones y articulaciones en salud
19.1 anexos fotográficos
20. Gestor comunitario
20.1 Acciones del gestor comunitario
21.2 Anexos fotográficos

21. Entorno intramural
21.1 Valoración y seguimiento del estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años.
21.1.2. Anexos fotográficos.
22. Educación para la salud alimentaria.
22.1. Evidencias fotográficas.
23. Fortalecimiento comunitario para la vigilancia de los eventos de desnutrición.
24. Complementación alimentaria.
24.1 Raciones preparadas – intramural
24.1.2. Alimento de alto valor nutricional
24.1.3. Alimento de alto valor nutricional
25. Componente de fortalecimiento familiar y comunitario
Fortalecimiento familiar
25.1. Fortalecimiento familiar
25.1.2. Anexos fotográficos
25.1.3. Análisis del componente psicosocial
26. Estudios de casos
27. Articulaciones y gestiones interinstitucionales
28. Anexo fotográficos activación de ruta de protección
29. Activación de ruta de protección
30. Componente de salud
30.1. Seguimiento – resolución 3280 de 2018: atención a la primera infancia y ruta materno-perinatal
31. Anexos fotográficos
32. Acciones del derecho humano a la alimentación adecuada
33. Acciones componente pedagógico.
33.1 Ambientes pedagógicos enriquecidos
33.1.2. Fortalecimiento de la comunicación asertiva y efectiva.
33.1.3. Escucha activa
33.1.4. Expresión respetuosa de ideas y desacuerdos.
33.1.5. Retroalimentación constructiva.
34. Comunicación en equipo
35. Articulación entre comunicación y ambientes pedagógicos.
36. Metodología implementada
37. Resultados obtenidos
38. Conclusiones
39. Actividades realizadas con las niñas y los niños del entorno intramural y extramural
39.1. Estimulación de la exploración del medio, texturas y sonidos
39.1.2. Acompañamiento a la introducción de la alimentación complementaria
39.1.3. Juego de manipulación de objetos
39.1.4. Juego simbólico inicial
39.1.5. Desarrollo del lenguaje mediante canciones y rimas
39.1.6. Exploración de texturas
39.1.7. Desarrollo motor grueso

39.1.8. Resultados de las experiencias pedagógicas.
40. Actividades realizadas con los padres de familia y cuidadores.

41. Conclusiones y recomendaciones generales

41.1. Conclusiones

41.1.2 Recomendación general

1. INTRODUCCIÓN

Durante el mes de julio, en el marco de la ejecución del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición (SIAPD), se dio continuidad a las acciones de atención integral dirigidas a niñas, niños y mujeres gestantes en los municipios de Tumaco, Barbacoas, Magüí Payán y Roberto Payán. Estas acciones estuvieron orientadas a la prevención, atención y seguimiento de la malnutrición, así como al fortalecimiento de las condiciones de salud, nutrición y bienestar de la población beneficiaria.

Durante este periodo se avanzó en el desarrollo de estrategias de identificación, valoración, seguimiento y acompañamiento de la población priorizada, teniendo en cuenta las características y necesidades de cada territorio. De igual manera, se fortaleció el trabajo articulado entre los diferentes componentes del servicio, las familias, cuidadores, instituciones y actores comunitarios, promoviendo la corresponsabilidad en los procesos de atención y cuidado.

En el entorno extramural se continuó con el acompañamiento a niñas y niños menores de cinco años con riesgo de desnutrición y mujeres gestantes con malnutrición, mientras que en el entorno intramural se mantuvo el seguimiento integral a niñas y niños con desnutrición aguda moderada y severa, procurando la continuidad de las acciones encaminadas a su recuperación nutricional y bienestar.

De manera transversal, los componentes de nutrición, psicosocial, pedagogía, dinamización y gestores contribuyeron al fortalecimiento de las capacidades de las familias y comunidades, la promoción de prácticas adecuadas de alimentación y cuidado, la seguridad alimentaria y nutricional y la articulación con los servicios de salud y demás actores del territorio.

En este sentido, durante el mes de julio se dio continuidad y fortalecimiento a las acciones contempladas en el SIAPD, avanzando en el acompañamiento integral de la población beneficiaria y en el cumplimiento de los objetivos establecidos para la prestación del servicio en los territorios atendidos.

2. JUSTIFICACIÓN

La ejecución del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición (SIAPD) durante el mes de julio se justifica en la necesidad de dar continuidad a las acciones de atención, prevención, seguimiento y recuperación nutricional dirigidas a niñas, niños y mujeres gestantes que presentan riesgo o condiciones asociadas a la malnutrición en los municipios de Tumaco, Barbacoas, Magüí Payán y Roberto Payán.

La desnutrición y las diferentes formas de malnutrición constituyen situaciones que pueden afectar de manera significativa el crecimiento, desarrollo y bienestar de la población infantil, así como la salud de las mujeres gestantes. Por esta razón, resulta fundamental mantener procesos de identificación temprana, valoración, seguimiento y acompañamiento integral que permitan reconocer oportunamente los factores de riesgo y gestionar las atenciones requeridas de acuerdo con las necesidades de cada beneficiario.

En este contexto, la continuidad del servicio durante el mes de julio permitió fortalecer el acompañamiento a las familias y cuidadores, promoviendo prácticas adecuadas de alimentación, cuidado y crianza, así como acciones relacionadas con la seguridad alimentaria y nutricional. De igual manera, favoreció la articulación entre los diferentes componentes del talento humano, las familias, los servicios de salud y los actores institucionales y comunitarios presentes en los territorios.

La atención diferenciada en los entornos extramural e intramural resulta pertinente para responder a las condiciones particulares de la población beneficiaria. En el entorno extramural, permite fortalecer las acciones de prevención, búsqueda activa, identificación y seguimiento de niñas y niños con riesgo de desnutrición y mujeres gestantes con malnutrición; mientras que en el entorno intramural posibilita brindar acompañamiento y seguimiento a niñas y niños con desnutrición aguda moderada y severa, favoreciendo la continuidad de las acciones orientadas a su recuperación.

Así mismo, la intervención articulada de los componentes de nutrición, psicosocial, pedagogía, dinamización y gestores permite abordar la situación nutricional desde una perspectiva integral, reconociendo que la prevención y atención de la malnutrición requieren no solo acciones relacionadas con la alimentación, sino también el fortalecimiento de las capacidades familiares, el acompañamiento psicosocial, la educación y la gestión institucional y comunitaria.

Por lo anterior, las acciones desarrolladas durante el mes de julio fueron necesarias y pertinentes para contribuir a la protección integral de los derechos de las niñas, niños y mujeres gestantes beneficiarias, fortalecer las capacidades de las familias y comunidades y avanzar en el cumplimiento de los objetivos establecidos para el Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición (SIAPD) en los municipios atendidos.

3. OBJETIVO GENERAL

Describir las acciones desarrolladas durante la ejecución del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición (SIAPD) durante el mes de julio, en los municipios de Tumaco, Barbacoas, Roberto Payán y Magüí Payán, con el propósito de evidenciar los avances en la atención integral de niñas y niños menores de cinco años en riesgo de desnutrición o con desnutrición aguda moderada o severa, así como de mujeres gestantes con malnutrición, mediante acciones de identificación oportuna, seguimiento nutricional, acompañamiento familiar y comunitario, educación y fortalecimiento de prácticas adecuadas de alimentación y cuidado.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar búsqueda activa y focalización para identificar oportunamente niñas, niños y mujeres gestantes que requieran atención nutricional.

- Realizar valoración y seguimiento nutricional a los beneficiarios vinculados al servicio.

- Fortalecer la caracterización familiar para identificar factores de riesgo y factores protectores.

- Dar continuidad al acompañamiento familiar y comunitario, promoviendo prácticas adecuadas de alimentación, lactancia humana, higiene y cuidado.

- Fortalecer la gestión de las rutas de atención en salud y la articulación con actores institucionales según las necesidades identificadas.

- Promover acciones de seguridad alimentaria y nutricional que fortalezcan las capacidades de las familias y comunidades.

- Fortalecer las competencias del talento humano mediante acciones de orientación, capacitación y trabajo interdisciplinario.

5. POBLACIÓN

El Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición, está dirigido a:

a) Niñas y niños menores de cinco (5) años: con clasificación nutricional de desnutrición aguda moderada o severa**,** o en riesgo de desnutrición aguda, determinada de acuerdo con el indicador Peso para la Talla o Longitud (P/T-L)**,** conforme a los criterios establecidos en la Resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)**.**

b) Mujeres y personas en gestación: con condición de malnutrición**,** incluyendo bajo peso, sobrepeso u obesidad**,** de acuerdo con los criterios de valoración y clasificación nutricional establecidos en la normatividad vigente.

6. COBERTURA.

Durante el mes de julio, el Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición (SIAPD) mantuvo la cobertura establecida para la atención de la población beneficiaria en los municipios de Tumaco, Barbacoas, Magüí Payán y Roberto Payán**,** garantizando la continuidad de las acciones de atención,

seguimiento y acompañamiento interdisciplinario de acuerdo con las necesidades identificadas en cada territorio.

En el **entorno extramural**, se contó con una cobertura total de 300 usuarios activos**,** de los cuales 170 corresponden al municipio de Tumaco**,** distribuidos en 136 niñas y niños y 34 mujeres gestantes**.** En la Subregión del Telembí**,** se atendieron 130 usuarios**,** distribuidos en 70 beneficiarios en Barbacoas, 30 en Magüí Payán y 30 en Roberto Payán**.** Esta cobertura permitió dar continuidad a las acciones de promoción, prevención, seguimiento nutricional, acompañamiento familiar y psicosocial y gestión de las atenciones requeridas para la población beneficiaria.

Por su parte, en el **entorno intramural** se mantuvo una cobertura de 10 beneficiarios**,** correspondientes a niñas y niños menores de cinco años con desnutrición aguda moderada o severa, de 20.

7. CUMPLIMIENTO DE METAS

Durante el mes de julio se evidenció un avance favorable en el cumplimiento de las metas establecidas para el Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición (SIAPD). En el entorno extramural, se mantuvo la cobertura programada para la atención de la población beneficiaria, garantizando la continuidad de los procesos de acompañamiento, seguimiento nutricional y atención integral de acuerdo con las necesidades identificadas en los territorios.

En cuanto al entorno intramural, para el mes de julio se tenía establecida una meta de 20 niñas y niños menores de cinco años con diagnóstico de desnutrición aguda moderada o severa. Durante el periodo se logró atender a 10 beneficiarios, equivalente al 50 % de la meta establecida, de los cuales 6 corresponden a niños y 4 a niñas.

Los beneficiarios ingresaron al servicio con el respectivo diagnóstico y recibieron atención integral de acuerdo con sus condiciones nutricionales y de salud. Cada

niña o niño contó con el acompañamiento de un cuidador durante el proceso de atención, siendo en la mayoría de los casos su madre biológica, lo que permitió fortalecer el acompañamiento familiar y la participación activa del cuidador en las acciones orientadas a la recuperación nutricional y el bienestar integral.

Si bien durante el periodo no fue posible alcanzar la totalidad de la meta establecida para el entorno intramural, la atención de los 10 beneficiarios permitió avanzar en la respuesta oportuna a los casos identificados y fortalecer las acciones de seguimiento y recuperación nutricional, en articulación con las familias y los servicios de salud correspondientes.

8. COMPONENTES DE LA MODALIDAD

De acuerdo con los lineamientos de la modalidad del SIAPD las distintas actividades se deben abordar desde los componentes de nutrición, psicosocial, salud y gestión comunitaria, por lo cual el servicio debe cuenta con un equipo interdisciplinario de profesionales cuyo perfil cumplen con las necesidades de cada componente correspondiente.

9. BÚSQUEDA ACTIVA Y FOCALIZACIÓN

Durante el mes de julio, el equipo del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición (SIAPD) desarrolló acciones de búsqueda activa y focalización en los municipios de Tumaco, Barbacoas, Magüí Payán y Roberto Payán, con el propósito de identificar oportunamente niñas y niños menores de cinco años con riesgo de desnutrición o desnutrición aguda, así como mujeres gestantes que pudieran cumplir con los criterios establecidos para el ingreso al servicio.

Entorno extramural – Municipio de Tumaco

En el municipio de Tumaco se realizaron jornadas de búsqueda activa en los sectores de Invasión San Felipe, Nuevo Milenio, Unión Victoria, Ciudadela, 11 de Noviembre, Viento Libre, Buenos Aires, Barracón, Puente Medellín, Pasión por Tumaco, María Auxiliadora, Brisas del Aeropuerto, San Martín, Ciudad 2000, El Carmelo, Obrero e Imbili (La Vega).

Las jornadas tuvieron como finalidad fortalecer la identificación temprana de población susceptible de atención, mediante el acercamiento directo a las comunidades y a las familias. Durante los recorridos y visitas domiciliarias se realizó la identificación inicial de niñas, niños y familias que podrían cumplir con los criterios establecidos para el ingreso al SIAPD, teniendo en cuenta sus condiciones nutricionales, de salud y características familiares.

De manera complementaria, se desarrollaron acciones de información y sensibilización dirigidas a padres, madres y cuidadores, orientadas a socializar la oferta del servicio, los criterios de ingreso y la importancia de garantizar una atención oportuna en salud durante la primera infancia. Asimismo, se reforzaron orientaciones relacionadas con la asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo, el cumplimiento de las atenciones en salud y la implementación de prácticas adecuadas de alimentación, cuidado e higiene como factores protectores frente a la desnutrición.

Durante las visitas realizadas se identificaron algunos casos en los que no fue posible avanzar con la valoración nutricional o la vinculación al servicio, debido a que algunos niños y niñas ya se encontraban vinculados a otras modalidades del ICBF o no cumplían con el rango de edad establecido para la atención. No obstante, estos acercamientos permitieron reconocer las condiciones familiares y sociales presentes en los sectores intervenidos e identificar situaciones relacionadas con

alimentación, salud y prácticas de cuidado que pueden incidir en el estado nutricional de la población infantil.

Como resultado de las acciones de búsqueda activa y focalización realizadas en el municipio de Tumaco, se identificaron 35 posibles beneficiarios, de los cuales 23 correspondieron a mujeres gestantes y 12 a niñas y niños menores de cinco años. A partir de la verificación de los criterios establecidos, se adelantaron los procesos correspondientes para determinar su pertinencia para el ingreso al servicio.

De igual manera, en el marco de las acciones de búsqueda activa y focalización, se realizó la activación de la Ruta Integral para el Manejo de la Desnutrición en el caso de Iker Iván Mansilla Segura, identificado durante el proceso y posteriormente vinculado al entorno intramural para recibir la atención especializada requerida de acuerdo con su condición nutricional.

Subregión del Telembí – Barbacoas, Magüí Payán y Roberto Payán

En la Subregión del Telembí, durante el mes de julio se desarrollaron acciones de búsqueda activa y focalización en los municipios de Barbacoas, Magüí Payán y Roberto Payán, dirigidas a la identificación de niñas y niños menores de cinco años y mujeres gestantes que pudieran cumplir con los criterios establecidos para el ingreso al SIAPD.

Estas acciones se realizaron teniendo en cuenta los cupos disponibles generados por los egresos registrados durante el mes de junio, con el propósito de avanzar en la identificación de nuevos potenciales beneficiarios y contribuir al mantenimiento de la cobertura establecida para la subregión.

Como resultado de las jornadas de búsqueda activa, se identificaron 45 posibles usuarios, distribuidos de la siguiente manera: 26 en Barbacoas, 13 en Magüí Payán y 6 en Roberto Payán. Posteriormente, se realizó el proceso de focalización y verificación de los criterios de ingreso establecidos para el servicio.

A partir de este proceso, se logró la vinculación de 10 nuevos usuarios, correspondientes a 6 en Barbacoas, 3 en Magüí Payán y 1 en Roberto Payán. La vinculación de estos nuevos beneficiarios permitió avanzar en la ocupación de los cupos disponibles generados por los egresos registrados durante el mes de junio y contribuir al mantenimiento de la cobertura establecida de 130 usuarios para la Subregión del Telembí durante el mes de julio.

En este sentido, las acciones de búsqueda activa y focalización desarrolladas durante el periodo permitieron fortalecer la identificación de población susceptible de atención, verificar el cumplimiento de los criterios de ingreso y favorecer la incorporación de nuevos usuarios al servicio, contribuyendo a la continuidad de la atención integral en los municipios de Tumaco, Barbacoas, Magüí Payán y Roberto Payán

9.1 ANEXOS FOTOGRÁFICOS

Búsqueda activa y focalización municipio de Tumaco

<table>
<tr>
<td></td>
<td>
</td>
</tr>
<tr>
<td>
</td>
<td>
</td>
</tr>
</table>

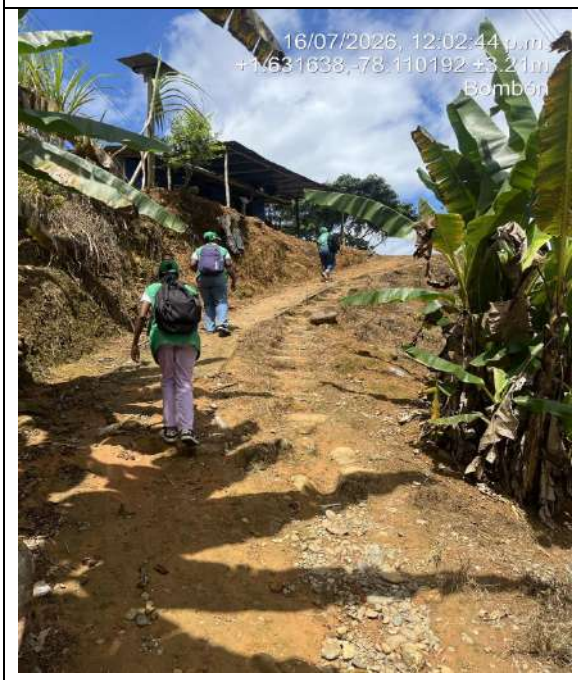
<table>
<tr>
<td>
</td>
<td>
</td>
</tr>
<tr>
<td>
</td>
<td>
</td>
</tr>
</table>

Búsqueda activa y focalización municipio de Tumaco

<table>
<tr>
<td>
</td>
<td>
</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>
</td>
</tr>
</table>

Búsqueda activa y focalización municipio de Tumaco

Búsqueda activa y focalización municipio de Barbacoas

	
Barbacoas Barrio Invasión	Barbacoas Barrio Paso grande
	
Barbacoas Vereda Florida	Barbacoas Barrio Villa preciado

10. COMPONENTE NUTRICIONAL

10.1. Valoración y seguimiento del estado nutricional de los niños y las niñas menores de 5 años.

Municipio de Tumaco – Entorno extramural

Durante el mes de julio, desde el componente nutricional se dio continuidad al proceso de vigilancia, valoración y seguimiento del estado nutricional de los niños y niñas menores de cinco años vinculados al Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición (SIAPD) en el municipio de Tumaco. Estas acciones estuvieron orientadas a identificar oportunamente cambios en el estado nutricional de los beneficiarios, realizar seguimiento a los casos que presentaban algún tipo de riesgo y fortalecer las orientaciones dirigidas a las familias y cuidadores.

Las valoraciones realizadas permitieron realizar seguimiento a los indicadores antropométricos de los niños y niñas, teniendo en cuenta principalmente el peso, la talla y la clasificación del indicador peso para la talla, así como la identificación de factores que pudieran incidir en su condición nutricional. De manera complementaria, se abordaron aspectos relacionados con las prácticas de alimentación, frecuencia de consumo de alimentos, tiempos de comida y condiciones de salud, con el propósito de brindar recomendaciones acordes con las necesidades de cada beneficiario.

Durante el periodo se priorizó el seguimiento de aquellos niños y niñas que presentaban riesgo de desnutrición aguda o riesgo de exceso de peso**,** fortaleciendo con sus madres, padres y cuidadores las acciones de educación alimentaria y nutricional. En este sentido, se resaltó la importancia de mantener una alimentación variada y adecuada para la edad, garantizar una correcta hidratación, cumplir con las atenciones en salud y realizar seguimiento permanente a cualquier cambio en el estado nutricional.

Dentro de los casos que requirieron especial seguimiento se encuentran los menores Isaías Daniel Mina Segura, Ander Gael Landázuri Solís y Keiner David Magallanes Quiñones**,** con quienes, junto a sus madres y cuidadores, se desarrollaron acciones de sensibilización y orientación frente a su condición nutricional y la importancia de continuar con un acompañamiento integral.

Durante el periodo reportado, Isaías Daniel Mina Segura y Keiner David Magallanes Quiñones fueron vinculados al entorno intramura**l**, donde recibieron atención y acompañamiento interdisciplinario de acuerdo con sus condiciones nutricionales, con el propósito de favorecer su recuperación y contribuir al mejoramiento de su estado general de salud.

Además durante las valoraciones y seguimientos realizados se identificaron algunos niños y niñas que presentaron episodios de enfermedad, principalmente asociados a síntomas gripales, que afectaron temporalmente su apetito y consumo habitual de alimentos. Frente a estas situaciones, se reforzaron las recomendaciones a padres, madres y cuidadores sobre la importancia de mantener la alimentación durante los periodos de enfermedad, ofrecer alimentos de fácil aceptación de acuerdo con la condición del niño o niña, garantizar una adecuada hidratación y estar atentos a signos de alarma que requieran atención en salud.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos durante el mes de julio en el seguimiento nutricional de los niños y niñas menores de cinco años vinculados al entorno extramural del municipio de Tumaco, de acuerdo con la clasificación de su estado nutricional:

Cuadro N° 1. Clasificación nutricional de niños y niñas menores de cinco años – Tumaco, julio de 2026.

Clasificación nutricional	Número de beneficiarios
Peso adecuado para la talla	50
Riesgo de desnutrición aguda	48
Desnutrición aguda moderada	0
Desnutrición aguda severa	0
Riesgo de sobrepeso	25
Sobrepeso	9
Obesidad	4
Total	**136**

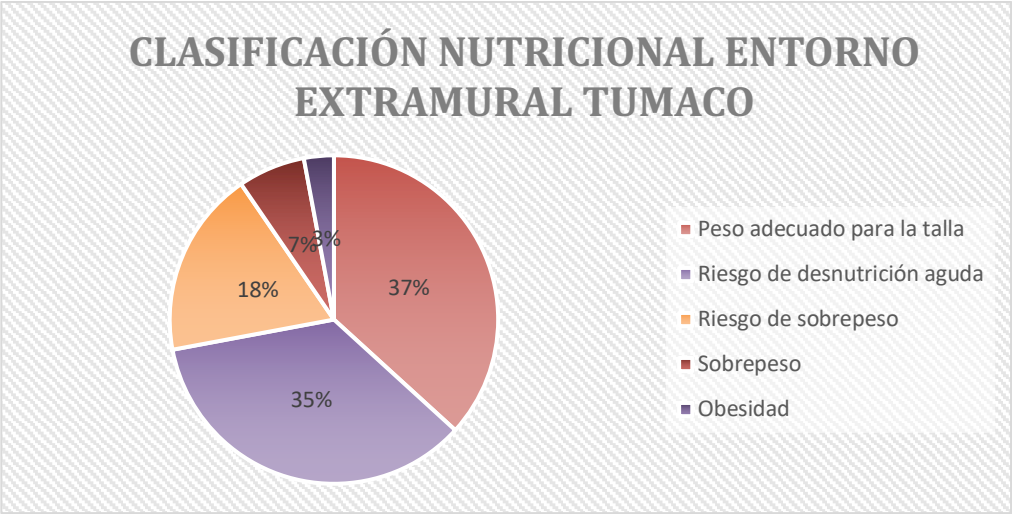
10.1.1. Análisis de la información

Los resultados muestran que 50 niños y niñas presentan peso adecuado para la talla, mientras que 48 se encuentran en riesgo de desnutrición aguda, constituyéndose este último grupo en una prioridad para el seguimiento nutricional. De igual manera, se identificaron 25 niños y niñas con riesgo de sobrepeso, 9 con sobrepeso y 4 con obesidad, lo que evidencia la presencia tanto de riesgos asociados al déficit nutricional como al exceso de peso.

A continuación, se presenta el gráfico correspondiente a la distribución de la clasificación nutricional de los niños y niñas valorados durante el periodo.

Gráfico 1. Estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años

Distribución de los beneficiarios según el indicador peso para la talla según la edad.

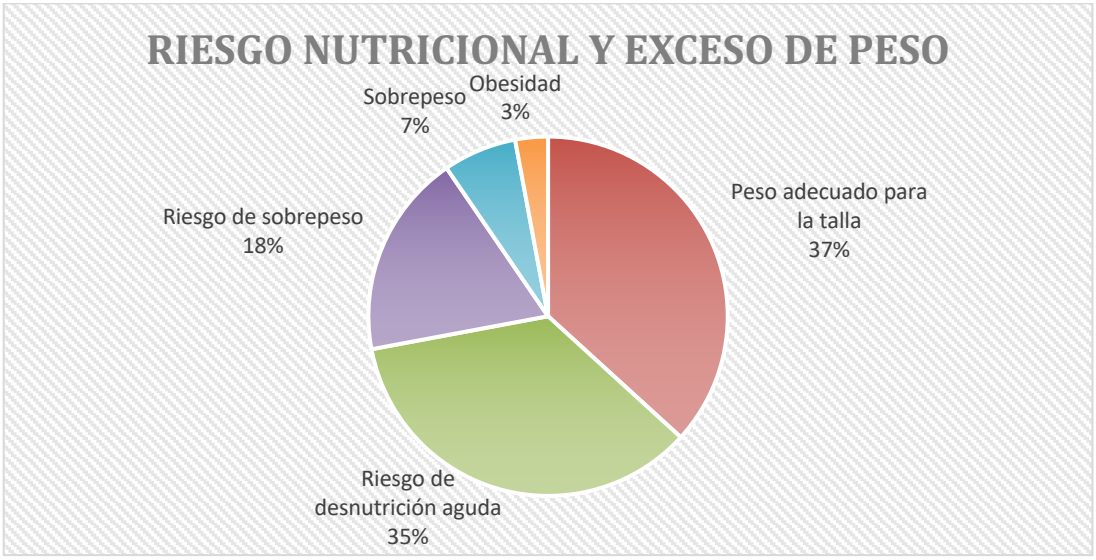


Fuente: seguimiento nutricional SIAPD- municipio de Tumaco, julio

Gráfico 2. Riesgo nutricional y exceso de peso

Principales situaciones nutricionales identificadas.

Número de niños y niñas según las principales condiciones nutricionales identificada.



Fuente: seguimiento nutricional SIAPD- municipio de Tumaco, julio

Entorno extramural subregión del Telembí.

Valoración y seguimiento nutricional de niños y niñas menores de 5 años

Durante el mes de julio se realizaron 81 valoraciones nutricionales a niños y niñas de los municipios de Barbacoas, Magüí Payán y Roberto Payán, pertenecientes a la Subregión del Telembí, en el marco del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición.

Del total de valoraciones realizadas, 79 correspondieron a seguimientos nutricionales de niños y niñas que hacen parte del servicio, mientras que 2 correspondieron a valoraciones iniciales de usuarios identificados mediante el proceso de búsqueda activa y que cumplieron con los criterios establecidos para el ingreso al servicio.

Las valoraciones y seguimientos nutricionales permitieron realizar la evaluación del estado nutricional de los niños y niñas mediante la toma de medidas antropométricas (peso, talla y perímetro braquial), así como la identificación de posibles signos físicos asociados a alteraciones del estado nutricional.

Como parte del proceso de seguimiento, se recopiló información relacionada con las prácticas y hábitos de alimentación, teniendo en cuenta los alimentos consumidos con mayor frecuencia, los alimentos rechazados y la frecuencia de consumo. De igual manera, mediante la anamnesis nutricional se identificaron los tiempos de comida y las características de la alimentación, con el propósito de establecer si la cantidad y frecuencia de las comidas son acordes con la edad y las necesidades nutricionales de cada niño o niña.

Con base en los resultados obtenidos durante cada valoración y seguimiento, se

brindaron orientaciones nutricionales a las familias y cuidadores, dirigidas al fortalecimiento de las prácticas adecuadas de alimentación y al mejoramiento de las condiciones que puedan estar relacionadas con el estado nutricional de los niños y niñas.

A continuación, se presentan los resultados de las valoraciones iniciales y los seguimientos nutricionales realizados durante el mes de julio, discriminados por municipio: Barbacoas, Magüí Payán y Roberto Payán.

Los resultados obtenidos por municipio fueron los siguientes:

Barbacoas: se realizó seguimiento nutricional a 49 niños y niñas menores de 5 años. De estos, 11 fueron clasificados con riesgo de desnutrición aguda, 32 presentaron un peso para la talla adecuado, 5 se encontraron en riesgo de sobrepeso y 1 presentó sobrepeso.

Magüí Payán: se realizó seguimiento nutricional a 13 niños y niñas menores de 5 años. En este municipio, no se identificaron casos clasificados con riesgo de desnutrición aguda ni riesgo de sobrepeso. Los 13 niños y niñas evaluados presentaron un peso para la talla adecuado.

Roberto Payán: se realizó seguimiento nutricional a 19 niños y niñas menores de 5 años. De estos, 2 fueron clasificados con riesgo de desnutrición aguda, 12 presentaron un peso para la talla adecuado y 5 se encontraron en riesgo de sobrepeso. No se registraron casos de sobrepeso.

Cuadro N°1 Seguimiento nutricional niños y niñas menores de 5 años en los Municipios de Barbacoas, Magui Payan y Roberto Payan

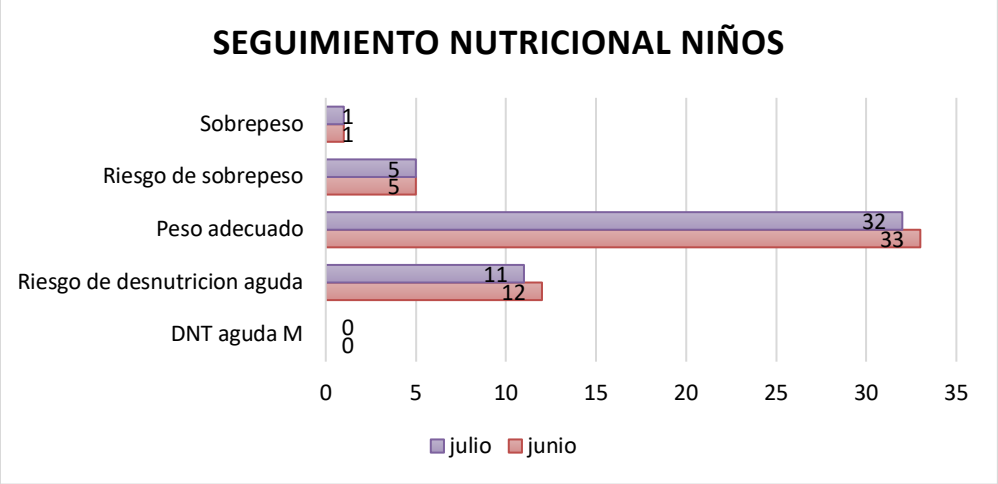
Clasificación nutricional según P/T	Barbacoas	Magüí Payán	Roberto Payán	Total
Riesgo de desnutrición aguda	11	0	2	13
P/T adecuado	32	13	12	57
Riesgo de sobrepeso	5	0	5	10
Sobrepeso	1	0	0	1
Total, niños y niñas	**49**	**13**	**19**	**81**

Fuente: Seguimiento nutricional realizado durante el mes de julio – Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición- Subregión del Telembí

En términos generales, los resultados evidencian que la mayor proporción de niños y niñas evaluados presentó una clasificación de peso para la talla adecuada. No obstante, se identificaron casos con riesgo de desnutrición aguda y riesgo de sobrepeso, principalmente en los municipios de Barbacoas y Roberto Payán, los cuales requieren continuidad en el seguimiento nutricional y el fortalecimiento de las orientaciones dirigidas a las familias y cuidadores.

A continuación, se presenta el análisis del seguimiento nutricional de niños y niñas menores de 5 años por Municipio y se compara la información con el mes de junio.

Gráfica N°1 Seguimiento nutricional junio-julio niños y niñas Barbacoas



Fuente: Seguimiento nutricional realizado durante el mes de julio – Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición- Barbacoas

De acuerdo con los resultados presentados en la Gráfica N° 1. Seguimiento nutricional junio-julio de niños y niñas de Barbacoas, durante el mes de julio no se registraron casos de desnutrición aguda moderada. Se identificaron 11 niños y niñas en riesgo de desnutrición aguda, evidenciando una disminución frente a los 12 casos registrados en junio.

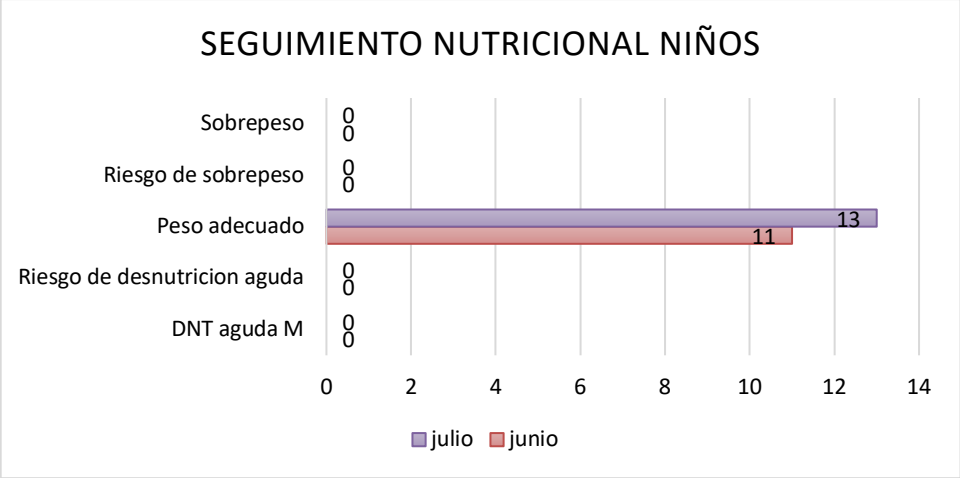
Como estrategia de intervención, se fortaleció la educación nutricional dirigida a padres, madres y cuidadores, con énfasis en la preparación adecuada de bebidas hipercalóricas como complemento de la alimentación, sin sustituir las comidas principales, buscando favorecer la recuperación y ganancia de peso de los niños y niñas en riesgo.

Para los casos clasificados en riesgo de sobrepeso y sobrepeso, se reforzaron las orientaciones sobre prácticas de alimentación adecuadas, incluyendo lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses y, posteriormente, alimentación complementaria acorde con la edad, características y necesidades nutricionales.

En los niños y niñas con peso para la talla adecuado, se fortalecieron las

recomendaciones relacionadas con hábitos y prácticas de alimentación saludable, con el propósito de mantener su clasificación nutricional y favorecer un adecuado crecimiento y desarrollo.

Gráfica N°2 Seguimiento nutricional junio-julio niños y niñas Magüi Payán

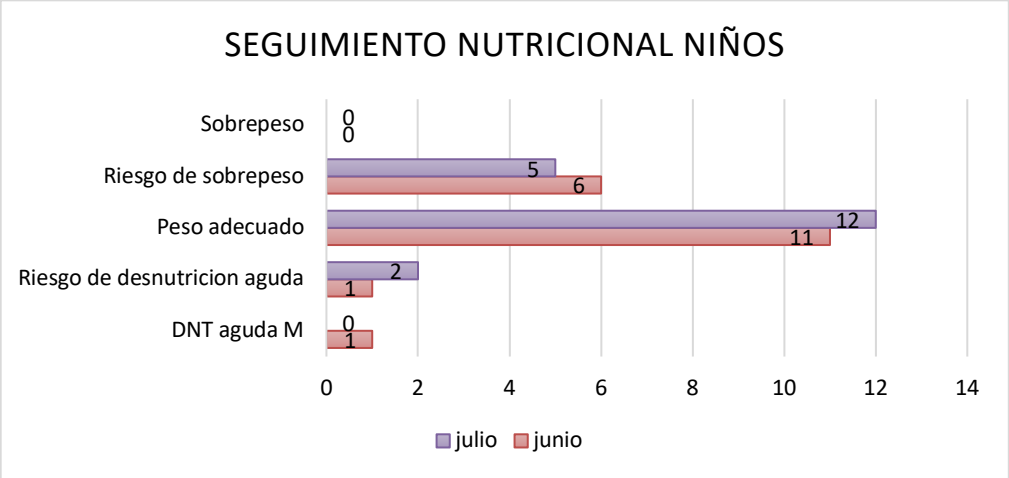


Fuente: Seguimiento nutricional realizado durante el mes de julio – Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición- Magüí Payán

De acuerdo con los resultados presentados en la Gráfica N° 2. Seguimiento nutricional junio-julio de niños y niñas de Magüí Payán, durante el mes de julio se registraron 13 niños y niñas con clasificación nutricional de peso para la talla adecuado, sin presencia de casos de riesgo de desnutrición aguda, riesgo de sobrepeso o sobrepeso.

La mayoría de estos usuarios corresponde a hijos e hijas de mujeres que fueron atendidas durante su periodo de gestación en el servicio. En este grupo se fortalecieron las orientaciones relacionadas con la lactancia humana exclusiva durante los primeros seis meses de vida, así como la importancia de una alimentación variada, equilibrada y nutritiva para las mujeres lactantes, promoviendo el consumo de los diferentes grupos de alimentos como parte del cuidado nutricional materno y del adecuado crecimiento y desarrollo de los niños y niñas.

Grafica N°3 Seguimiento nutricional junio-julio niños y niñas Roberto Payán



De acuerdo con los resultados de la Gráfica N° 3. Seguimiento nutricional junio-julio de niños y niñas de Roberto Payán, durante el mes de julio no se registraron casos de desnutrición aguda moderada. Se presentó un aumento de 1 caso en riesgo de desnutrición aguda y 1 caso en peso para la talla adecuado, mientras que los casos de riesgo de sobrepeso disminuyeron en 1 niño o niña frente al mes anterior.

Como parte de las acciones de seguimiento, se reforzaron con padres, madres y cuidadores las recomendaciones para garantizar el consumo adecuado de las preparaciones y reducir el desperdicio de alimentos en los niños y niñas con riesgo de desnutrición. Para los casos de riesgo de sobrepeso, se fortalecieron las orientaciones sobre lactancia humana exclusiva durante los primeros seis meses y complementaria hasta los dos años o más, de acuerdo con las recomendaciones establecidas y la decisión materna.

10.1.2. ANEXOS FOTOGRÁFICOS

Municipio de Tumaco seguimientos nutricionales

Leimer Damian Quiñonez	Keiner David Magallanes Quiñonez
	

Ana Molina Bai	Jonathan David Marquinez Cuero
	

Melany Arroyo	Arlet Muños
	

Genesis Ahilany Micolta Erazo	Marcos Hurtado
	
Mia Salome De La Cruz	Danna Valencia Romero

Municipio de Barbacoas seguimientos nutricionales

	
Endrick Sebastián Rua	Carlos Gael Ramírez

	
Cheirin Sofia Angulo	Tiana Jazmin Rodríguez

Municipio de Magüí Payán seguimientos nutricionales

	
Noah Ariel Velascos	Milán Yahir Cabezas

	
Hazel Mateo Pajaro	Loan Darell Montaño

Municipio Roberto Payán seguimientos nutricionales.

	
Jelani Sharick Castillo	Alison Samara Preciado

10.2. VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL DE MUJERES Y PERSONAS EN GESTACIÓN

Durante el mes de julio se realizó seguimiento nutricional a 83 mujeres en estado de gestación de los municipios de Tumaco, Barbacoas, Magüí Payán y Roberto Payán, en el marco del Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición. Los resultados evidenciaron que 35 gestantes (42,2 %) presentaron sobrepeso, 22 (26,5 %) obesidad, 18 (21,7 %) bajo peso y 8 (9,6 %) un IMC adecuado para la edad gestacional. En conjunto, se observa un predominio de la malnutrición por exceso, correspondiente al 68,7 % de las gestantes, situación que requiere especial atención mediante seguimiento nutricional periódico y orientación individualizada.

El mayor número de gestantes con sobrepeso se concentró en Tumaco, con 16 casos, seguido de Barbacoas con 10, Magüí Payán con 5 y Roberto Payán con 4. En cuanto a obesidad, Tumaco registró 9 casos, mientras que Barbacoas y Magüí Payán presentaron 5 casos cada uno y Roberto Payán 3. Respecto al bajo peso, se identificaron 9 casos en Tumaco, 4 en Magüí Payán, 3 en Barbacoas y 2 en Roberto Payán. Por su parte, los casos con IMC adecuado correspondieron a 3 gestantes en Barbacoas, 3 en Magüí Payán y 2 en Roberto Payán, sin registros en Tumaco.

Estos resultados evidencian la necesidad de mantener y fortalecer el seguimiento nutricional durante la gestación, con intervenciones diferenciadas según la clasificación nutricional. En las gestantes con bajo peso se requiere promover una alimentación suficiente y de adecuada densidad nutricional, mientras que en aquellas con sobrepeso u obesidad se deben reforzar las orientaciones relacionadas con alimentación saludable, control de la ganancia de peso y prevención de riesgos asociados al exceso de peso durante el embarazo. Para las gestantes con clasificación adecuada, se deben fortalecer las prácticas alimentarias

saludables con el propósito de mantener una ganancia de peso acorde con la edad gestacional y favorecer las condiciones nutricionales maternas y fetales.

Cuadro N° 2. Seguimiento nutricional de mujeres en estado de gestación – Tumaco y Subregión del Telembí.

Clasificación nutricional	Tumaco	Barbacoas	Magüí Payán	Roberto Payán	Total
Bajo peso	9	3	4	2	**18**
IMC adecuado	0	3	3	2	**8**
Sobrepeso	16	10	5	4	**35**
Obesidad	9	5	5	3	**22**
Total, gestantes	**34**	**21**	**17**	**11**	**83**

Fuente: Seguimiento nutricional realizado durante el mes de julio. Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición.

10.2.1. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN POR MUNICIPIO

Tumaco: De las 34 gestantes valoradas, 16 (47,1 %) presentaron sobrepeso, 9 (26,5 %) obesidad y 9 (26,5 %) bajo peso, sin registros de IMC adecuado para la edad gestacional. Los resultados evidencian un predominio de malnutrición, especialmente por exceso, por lo que se requiere fortalecer el seguimiento de la ganancia de peso, la educación alimentaria y las orientaciones individualizadas de acuerdo con las semanas de gestación.

Barbacoas: De las 21 gestantes valoradas, 10 (47,6 %) presentaron sobrepeso, 5 (23,8 %) obesidad, 3 (14,3 %) bajo peso y 3 (14,3 %) IMC adecuado. Se observa que el 71,4 % presenta malnutrición por exceso, siendo el sobrepeso la clasificación más frecuente. Se recomienda mantener el seguimiento nutricional y fortalecer las prácticas de alimentación saludable y control de la ganancia de peso durante la gestación.

Magüí Payán: De las 17 gestantes valoradas, 5 (29,4 %) presentaron sobrepeso, 5 (29,4 %) obesidad, 4 (23,5 %) bajo peso y 3 (17,6 %) IMC adecuado. El 58,8 % presenta malnutrición por exceso; adicionalmente, se identifica una proporción importante de gestantes con bajo peso. Por lo anterior, se requiere un seguimiento diferenciado que permita orientar tanto la adecuada ganancia de peso como la prevención del exceso de peso.

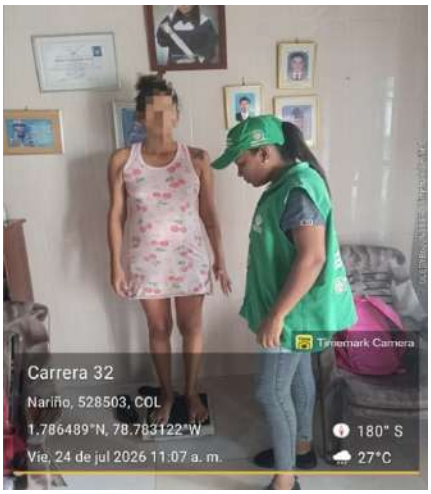
Roberto Payán: De las 11 gestantes valoradas, 4 (36,4 %) presentaron sobrepeso, 3 (27,3 %) obesidad, 2 (18,2 %) bajo peso y 2 (18,2 %) IMC adecuado. El 63,6 % de las gestantes presenta malnutrición por exceso, con mayor proporción de sobrepeso. Se considera necesario continuar fortaleciendo las acciones de educación nutricional, seguimiento de la ganancia de peso y promoción de hábitos alimentarios saludables durante la gestación.

10.2.2. ANEXOS FOTOGRÁFICOS

Seguimientos nutricionales gestantes municipio de Tumaco

Ana Patricia Marquinez	Jesús Katherine García
	

Julieth Calzada Angulo	Alexandra Herrera
	

María José Maquilon	Mabel Ortiz
	
Beatriz Ortiz	Cony Landazury

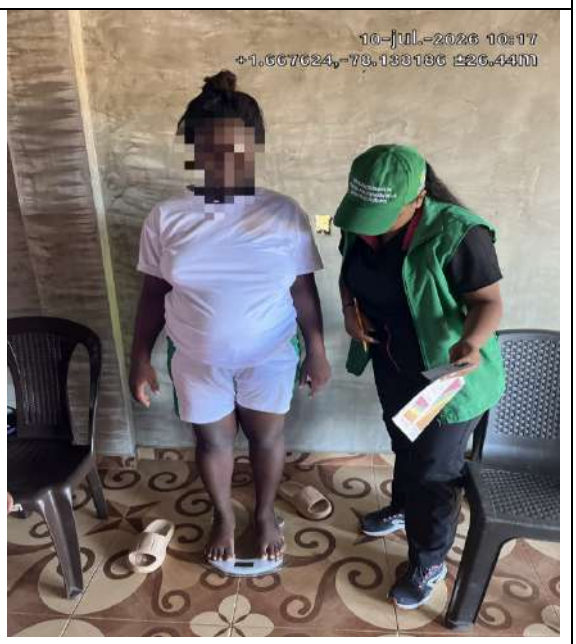
	

Danna Genith Zambrano	Zuly Valencia
	

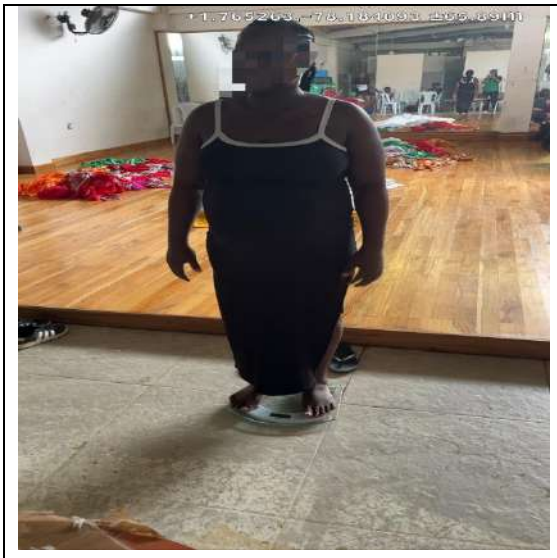
Cerlia Yorleida Quiñonez	Milis García
	

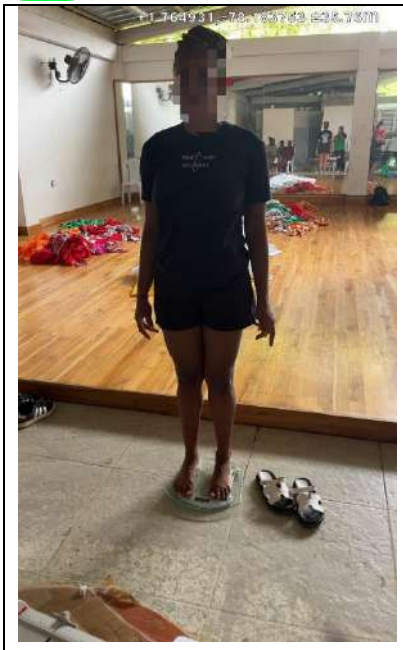
Seguimientos nutricionales gestantes municipio de Barbacoas.

Luisa Jimena Benitez	Veronica Melisa
	
Jenifer	Maria Auraluz Garcia

Seguimientos nutricionales gestantes municipio de Magüí Payán

	
Aida Luz Quiñones	Any Manuela Cabezas

	
Olanis Sevillano	Deisi Esperanza Cabezas

Seguimientos nutricionales gestantes municipio de Roberto Payán.

	
Ingrid Valentina Gonzales	Segunda Carolina Gonzales

	
Adriana Eloisa Angulo	Camila Lucellys Valencia

11. EDUCACIÓN PARA LA SALUD ALIMENTARIA

Durante el mes de julio, en el marco de las visitas de seguimiento nutricional realizadas en los hogares de los usuarios del servicio en Tumaco y la Subregión del Telembí, se desarrollaron acciones de educación alimentaria y nutricional de acuerdo con las necesidades identificadas durante el acompañamiento familiar.

En Tumaco, las orientaciones estuvieron dirigidas al fortalecimiento de prácticas alimentarias saludables, promoviendo una alimentación variada y equilibrada mediante el consumo de los diferentes grupos de alimentos disponibles en la región, con el propósito de contribuir al adecuado aporte nutricional de los integrantes del hogar.

En la Subregión del Telembí, las acciones educativas se orientaron al fortalecimiento de los conocimientos y prácticas de las familias sobre alimentación variada y equilibrada, priorizando el consumo de alimentos frescos como frutas, verduras, leche y derivados lácteos, así como fuentes de proteína de origen animal y vegetal. Estas orientaciones estuvieron dirigidas a favorecer el adecuado aporte de nutrientes y responder a las necesidades nutricionales de los niños y niñas y de las mujeres gestantes.

De manera transversal, se promovió la reducción del consumo de productos ultraprocesados, bebidas azucaradas y preparaciones con alto contenido de grasas, incentivando elecciones alimentarias más saludables. Asimismo, se reforzaron las prácticas de higiene, manipulación, preparación y conservación de los alimentos en el hogar, como medidas fundamentales para prevenir enfermedades transmitidas por alimentos y proteger la salud de las familias.

12. FORTALECIMIENTO COMUNITARIO PARA LA VIGILANCIA DE LOS EVENTOS DE DESNUTRICIÓN

12.1. Complementación Alimentaria

Entrega y seguimiento al complemento alimentario

De acuerdo con los lineamientos establecidos para el Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición (SIAPD), la entrega de alimentos se desarrolla en el marco de la garantía progresiva del Derecho Humano a la Alimentación**,** procurando que los alimentos y preparaciones suministrados respondan a criterios de variedad, equilibrio, cantidad y calidad, pertinencia cultural y adecuación nutricional.

En este contexto, la modalidad contempla la entrega de la Ración Familiar Lista para Preparar (RFPP) y el Alimentos de Alto Valor Nutricional (AAVN)**.**

Adicionalmente, se realiza seguimiento al consumo del alimento de alto valor biológico en los niños y niñas diagnosticados riesgo de desnutricion.

Para la **Subregión del Telembí**, durante el mes de julio se realizó la entrega del complemento alimentario correspondiente a la Ración Familiar Lista para Preparar (RFPP) a las familias beneficiarias de los municipios de Barbacoas, Magüí Payán y Roberto Payán**.** Esta actividad estuvo acompañada de orientaciones dirigidas a las familias sobre el adecuado uso, preparación, conservación y aprovechamiento de los alimentos entregados.

Durante el acompañamiento se promovió el consumo oportuno, variado y suficiente de los alimentos incluidos en la ración, haciendo énfasis en aquellos con mayor riesgo de deterioro, especialmente frutas y verduras. Asimismo, se orientó sobre la adecuada organización y distribución de los alimentos dentro del hogar, procurando su incorporación a la alimentación habitual de la familia y evitando el desperdicio.

De manera prioritaria, se reforzó la importancia de favorecer el consumo de los alimentos suministrados por parte de los niños y niñas**,** teniendo en cuenta sus requerimientos nutricionales durante las etapas de crecimiento y desarrollo. Igualmente, se brindaron recomendaciones dirigidas a las mujeres gestantes, especialmente aquellas identificadas con bajo peso**,** considerando el incremento de sus requerimientos nutricionales durante el embarazo.

En total, se realizó la entrega de 130 complementos alimentarios**,** distribuidos de la siguiente manera: 70 en Barbacoas, 30 en Magüí Payán y 30 en Roberto Payán**.** La entrega estuvo acompañada de acciones de educación alimentaria y nutricional, orientadas a fortalecer las capacidades de las familias para el adecuado aprovechamiento de los alimentos y contribuir a la seguridad alimentaria y nutricional de los hogares.

En este sentido, la entrega del complemento alimentario se articuló con las acciones de acompañamiento familiar y educación nutricional, buscando que los alimentos suministrados sean incorporados de manera adecuada a la alimentación del hogar y que su aprovechamiento contribuya especialmente a responder a las necesidades nutricionales de los niños, niñas y mujeres gestantes vinculados al servicio.

12.1.1. **Ración familiar para preparar**.

Se realizó la entrega de 300 paquetes alimentarios correspondientes a la Ración Familiar Lista para Preparar (RFPP) a los beneficiarios activos del servicio en los municipios de Tumaco, Barbacoas, Magüí Payán y Roberto Payán.

La entrega se desarrolló de manera organizada en cada uno de los municipios, de acuerdo con la distribución establecida para los beneficiarios vinculados a la modalidad. En este sentido, en el municipio de Tumaco se realizó la entrega de 170 paquetes, mientras que en Barbacoas se entregaron 70 paquetes, en Magüí Payán 30 paquetes y en Roberto Payán 30 paquetes, para un total de 300 paquetes de RFPP entregados durante el periodo reportado

Esta estrategia tiene como propósito contribuir al mejoramiento de la seguridad alimentaria y nutricional de los hogares beneficiarios, complementando las acciones de seguimiento nutricional, educación alimentaria y promoción de prácticas saludables desarrolladas por el equipo interdisciplinario. La entrega de la RFPP constituye una estrategia de apoyo alimentario orientada a contribuir al mejoramiento de la seguridad alimentaria y nutricional de los hogares beneficiarios, favoreciendo la disponibilidad y el acceso a alimentos para los niños, niñas menores de cinco años y mujeres gestantes vinculados a la modalidad.

Durante las jornadas de entrega, el equipo interdisciplinario brindó orientaciones a las familias sobre el almacenamiento, conservación, preparación, distribución y aprovechamiento adecuado de los alimentos, promoviendo su incorporación a la alimentación habitual del hogar y priorizando su consumo por parte de los beneficiarios, de acuerdo con sus necesidades nutricionales. Estas acciones se complementaron con el seguimiento nutricional y las actividades de educación alimentaria desarrolladas en los cuatro municipios, fortaleciendo el acompañamiento a las familias y contribuyendo al

cumplimiento de los objetivos de la modalidad.

12.1.2. Alimentos de Alto Valor Nutricional (AAVN)

Durante el periodo reportado se realizó seguimiento a los Alimentos de Alto Valor Nutricional (AAVN) destinados a los beneficiarios identificados mediante el proceso de valoración y seguimiento nutricional. Este apoyo se constituye en una estrategia complementaria para contribuir al mejoramiento y mantenimiento del estado nutricional de los niños, niñas y mujeres gestantes que presentan condiciones de malnutrición.

El seguimiento permitió reforzar con las familias las orientaciones relacionadas con el uso y consumo adecuado de los AAVN, de acuerdo con las necesidades nutricionales identificadas. Esta acción se articuló con las recomendaciones individuales realizadas por el componente de nutrición, buscando que el complemento contribuya efectivamente al proceso de recuperación o mantenimiento del estado nutricional, sin sustituir la alimentación habitual.

12.1.3. Fórmula Terapéutica Lista para Consumir (FTLC)

Durante el mes de julio se realizó seguimiento a los niños y niñas que requerían Fórmula Terapéutica Lista para Consumir (FTLC), de acuerdo con su condición nutricional y las indicaciones establecidas por el sector salud. El acompañamiento permitió verificar el consumo y reforzar las orientaciones dirigidas a las familias y cuidadores sobre la importancia de garantizar su suministro de acuerdo con las indicaciones recibidas.

La FTLC constituye un apoyo específico dentro de las acciones de recuperación nutricional, por lo que su seguimiento se articuló con la valoración antropométrica y el monitoreo de la evolución del estado nutricional de los niños y niñas. De esta manera, se buscó favorecer una respuesta oportuna ante las alteraciones

nutricionales identificadas y contribuir a la evolución favorable de los indicadores de peso para la talla.

12.1.4. ANEXOS FOTOGRÁFICOS

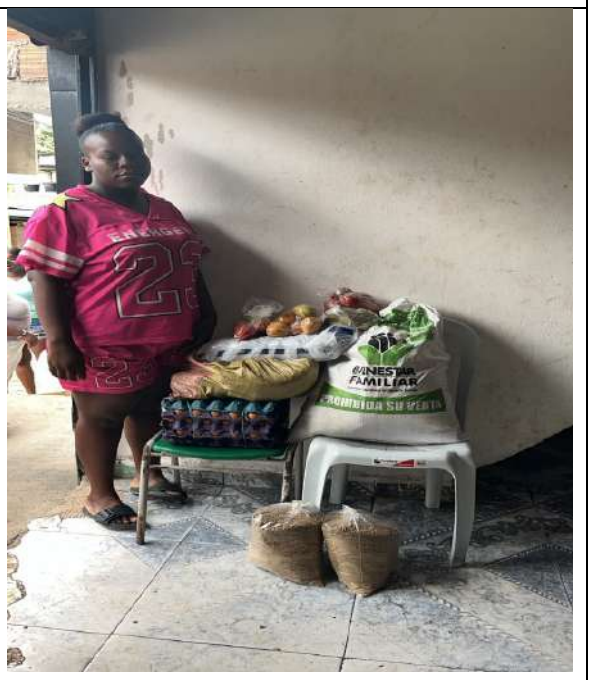
Entrega de RFPP municipio de Tumaco

<table>
<tr>
<td>
</td>
<td>
</td>
</tr>
<tr>
<td>
</td>
<td>
</td>
</tr>
</table>

Entrega de RFPP municipio de Barbacoas

	
Eilan Damian Bastidas	Luz Alara Rincon
	
Endrock Sebastián Rua	María Esmeralda Goyes

Entrega de RFPP municipio de Magüi Payán

<table>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Evelin Estefania Orozco</td>
<td>Darli Yuliet Estupiñán</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Luis Caled Torres</td>
<td>Milán Yahir Cabezas</td>
</tr>
</table>

Entrega de RFPP municipio de Roberto Payán.

	
Yadira Jasmira Pérez	Amanda Quiñones
	
Jhojan David Palacios	Jelani Sharick Cabezad

13. COMPONENTE DE FORTALECIMIENTO FAMILIAR Y COMUNITARIO

13.1. FORTALECIMIENTO COMUNITARIO

Durante el mes de julio se desarrollaron jornadas de fortalecimiento familiar y comunitario en los municipios de Tumaco, Barbacoas, Magüí Payán y Roberto Payán, dirigidas a las familias vinculadas al Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición (SIAPD), mediante espacios educativos, participativos y de intercambio de saberes que permitieron fortalecer capacidades para el cuidado, protección y bienestar de los niños y niñas. En el marco de estas jornadas se articularon los componentes de nutrición, psicosocial y salud, abordando temas relacionados con la manipulación adecuada e inocuidad de los alimentos, derechos y deberes en la familia, esquema de vacunación, crecimiento y desarrollo, así como prácticas de higiene, alimentación saludable, prevención de enfermedades, convivencia y cuidado infantil. Para el desarrollo de las actividades se implementaron estrategias pedagógicas como “La Maleta de los Buenos Hábitos”, “La Telaraña de Valores”, “La Pelota Preguntona”, “El Semáforo de la Salud” y “Arma la Ruta Saludable”, favoreciendo la participación activa de las familias y el intercambio de experiencias. Las jornadas permitieron fortalecer conocimientos y prácticas orientadas a la seguridad alimentaria y nutricional, la convivencia familiar, la prevención de enfermedades y el cuidado integral de la primera infancia, contribuyendo a la generación de entornos protectores y saludables para los beneficiarios de la modalidad.

13.1.1. ANEXOS FOTOGRÁFICOS

Fortalecimiento familiar y comunitario municipio de Tumaco


31 jul 2026 4:27:09 p. m.
1.80040N 78.79128W
36B-25 Calle 16 G
San Andres de Tumaco
Nariño



















Fortalecimiento familiar y comunitario municipio de Barbacoas.









Preparación demostrativa municipio de Barbacoas









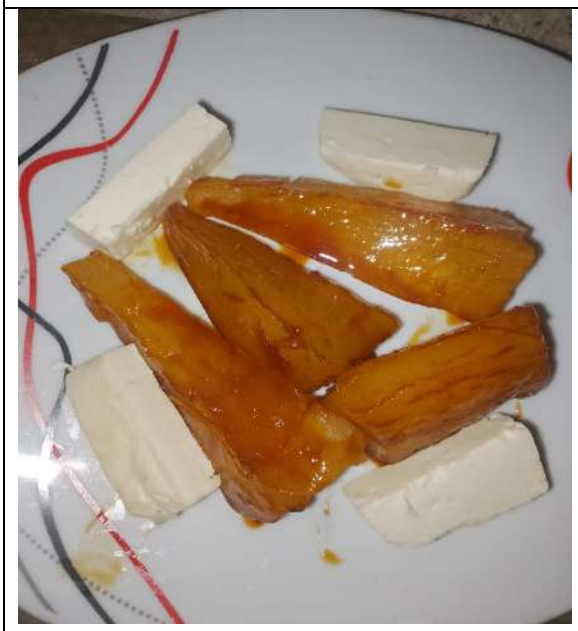
Fortalecimiento familiar y comunitario municipio de Magüí Payán.













Fortalecimiento familiar y comunitario municipio de Roberto Payán.















14. FORTALECIMIENTO FAMILIAR

Durante el mes de julio se realizaron acciones de fortalecimiento familiar mediante visitas domiciliarias a los usuarios vinculados al Servicio Integrado de Atención y Prevención de la

Desnutrición (SIAPD), tanto en Tumaco como en los municipios de Barbacoas, Magüí Payán y Roberto Payán, articulando las intervenciones de los componentes psicosocial, nutricional y de salud. Estas visitas permitieron realizar un acompañamiento integral en el contexto familiar, identificar factores de riesgo y protectores, reconocer necesidades particulares y fortalecer las capacidades de madres, padres y cuidadores para el cuidado y protección de los niños, niñas y mujeres gestantes.

En Tumaco, desde el componente psicosocial se brindó orientación de acuerdo con las situaciones identificadas en cada hogar, abordando aspectos relacionados con cuidado, crianza, protección, vínculos afectivos y garantía de derechos. El acompañamiento permitió fortalecer espacios de escucha y diálogo con las familias, así como identificar situaciones que requerían orientación adicional o articulación con otros profesionales y servicios institucionales. Desde nutrición se reforzaron conocimientos sobre alimentación variada, equilibrada y suficiente, aprovechando los alimentos disponibles en el territorio y promoviendo el consumo de frutas, verduras, tubérculos, cereales, leguminosas y alimentos fuente de proteína.

También se brindaron recomendaciones sobre preparación, conservación e inocuidad de los alimentos, horarios de alimentación, consumo de agua y prácticas saludables. Desde salud se realizó seguimiento a las condiciones de salud de los usuarios, controles de crecimiento y desarrollo, vacunación y controles prenatales, además de orientación frente a signos de alarma y rutas de atención. De igual manera, se fortalecieron conocimientos sobre lactancia humana, especialmente en relación con el agarre, postura y técnicas adecuadas de amamantamiento.

En la Subregión del Telembí, las acciones de fortalecimiento familiar se desarrollaron de manera diferenciada según el curso de vida y las necesidades identificadas en Barbacoas, Magüí Payán y Roberto Payán. Desde el componente psicosocial se implementaron las actividades “Momentos especiales del día”, dirigida a familias con niños y niñas menores de seis meses; “Mi día en familia”, para familias con niños y niñas mayores de seis meses; y “Mi rutina de bienestar”, dirigida a mujeres gestantes. Estas actividades estuvieron orientadas al fortalecimiento de vínculos afectivos, organización de rutinas, cuidado, estimulación, autocuidado y generación de ambientes familiares protectores.

Desde el componente de nutrición, en las familias con niños y niñas menores de seis meses se fortaleció la orientación sobre lactancia humana y la corresponsabilidad familiar, promoviendo el apoyo emocional y práctico a la madre y la participación activa de padres, parejas y demás integrantes del hogar. En los niños y niñas mayores de seis meses se abordó la importancia de establecer horarios y rutinas de alimentación. Frente a las dificultades manifestadas por algunas familias para mantener una organización alimentaria debido a la disponibilidad de alimentos y recursos, se promovió la planificación semanal de las preparaciones y elaboración de listas de compra, como estrategias para mejorar la organización del hogar y favorecer el acceso oportuno a los alimentos.

En las mujeres gestantes de la Subregión del Telembí, se reforzó la importancia de la asistencia a los controles prenatales y del cumplimiento de las recomendaciones relacionadas con el consumo de suplementos nutricionales prescritos por el personal de salud. Ante las dificultades manifestadas por algunas usuarias para consumir determinados suplementos, se orientó sobre la necesidad de consultar al personal de salud tratante para establecer alternativas adecuadas, evitando modificar de manera autónoma las indicaciones recibidas.

Desde el componente de salud, en las visitas domiciliarias realizadas en la Subregión del Telembí se fortalecieron las orientaciones sobre lactancia humana y actividad física, de acuerdo con el curso de vida. Asimismo, se verificó la continuidad de las atenciones en salud correspondientes a los usuarios, incluyendo controles de crecimiento y desarrollo, vacunación y atención prenatal. Cuando se identificaron atenciones pendientes, se brindó orientación a las familias y se realizaron las gestiones correspondientes para favorecer la asignación y asistencia oportuna a los servicios requeridos.

En términos generales, las visitas domiciliarias realizadas en Tumaco, Barbacoas, Magüí Payán y Roberto Payán permitieron fortalecer las capacidades familiares para el cuidado, alimentación, protección y seguimiento en salud de los usuarios. La articulación de los componentes psicosocial, nutricional y de salud favoreció un abordaje integral y diferenciado, de acuerdo con las condiciones, necesidades y curso de vida de cada familia.

14.1. ANEXOS FOTOGRÁFICO

Fortalecimiento en el hogar municipio de Tumaco

<table>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>
</td>
<td>
</td>
</tr>
</table>





Fortalecimiento en el hogar municipio de Barbacoas.



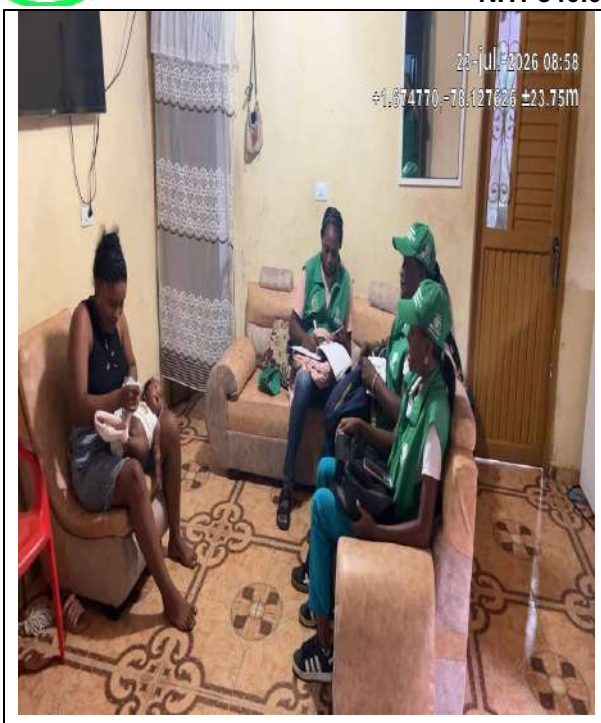



17 de julio de 2026 a las 9:46 a.m.


16/07/2026, 3:50:26 p.m.


10-jul.-2026 10:45:18
+1.666423,-78.137244
La Florida

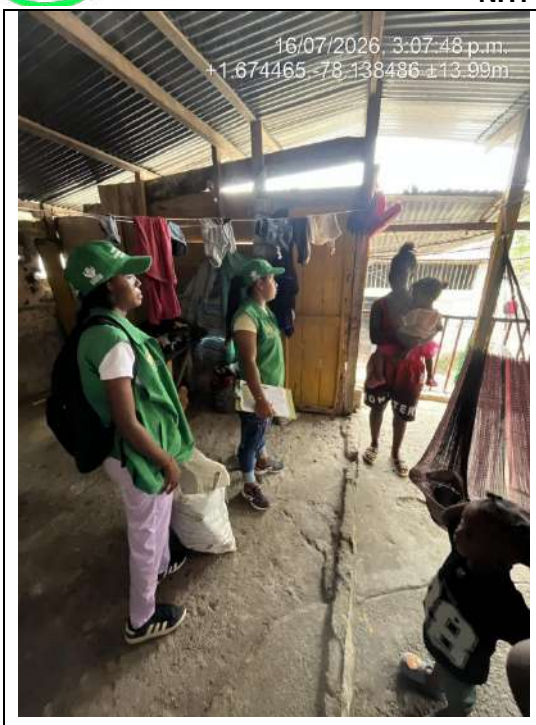

10-jul.-2026 10:16
+1.667672,-78.138059 ±7.35m


23-jul.-2026 08:58
+1.674770,-78.127626 ±23.75m


17-jul.-2026 10:55
+1.674572,-78.136706 ±4.54m


23 de julio de 2026 a las 3:02 p.m.


22-jul.-2026
+1.670339,-78.141050 ±3.95m





15. ANÁLISIS DEL COMPONENTE PSICOSOCIAL

El componente psicosocial evidenció avances en el fortalecimiento del acompañamiento a las familias vinculadas al SIAPD en Tumaco y la Subregión del Telembí (Barbacoas, Magüí Payán y Roberto Payán), observándose una transición de acciones centradas principalmente en la sensibilización y el fortalecimiento colectivo hacia un abordaje con mayor énfasis en el seguimiento individual y familiar, la identificación de necesidades y la gestión de situaciones particulares en territorio.

Como antecedente, en junio el fortalecimiento familiar y comunitario se desarrolló principalmente mediante actividades grupales de sensibilización y reflexión. En Tumaco se realizó una actividad orientada a la prevención de la violencia basada en género, desarrollada en dos momentos, con una participación aproximada de 85 personas en dos jornadas. El espacio permitió abordar diferentes manifestaciones de violencia, promover la reflexión frente a situaciones presentes en los contextos familiares y comunitarios y favorecer el reconocimiento de factores protectores y posibles situaciones de

vulnerabilidad. De manera complementaria, se brindó acompañamiento individual a una beneficiaria que presentaba dificultades documentales relacionadas con la identidad de su hija, orientando las gestiones necesarias para avanzar en la obtención del documento de nacido vivo y favorecer la garantía del derecho a la identidad de la niña.

Para julio, el acompañamiento psicosocial se amplió mediante visitas domiciliarias en Tumaco y la Subregión del Telembí, lo que permitió obtener información directa sobre las dinámicas familiares, identificar factores de riesgo y protección y reconocer necesidades que requerían orientación o gestión. De acuerdo con el curso de vida, se implementaron las actividades “Momentos especiales del día”, dirigida a familias con niños y niñas menores de seis meses; “Mi día en familia”, para familias con niños y niñas mayores de seis meses; y “Mi rutina de bienestar”, dirigida a mujeres gestantes. Estas estrategias estuvieron orientadas al fortalecimiento de vínculos afectivos, organización de rutinas, cuidado, estimulación, autocuidado y construcción de ambientes familiares protectores. El acompañamiento en el hogar permitió, además, complementar la información registrada en las caracterizaciones y profundizar en la comprensión de las situaciones particulares de las familias, en concordancia con los lineamientos técnicos que plantean el fortalecimiento familiar en los contextos cotidianos, promoviendo la participación y la construcción de compromisos de acuerdo con las necesidades identificadas.

La gestión psicosocial e interinstitucional también adquirió mayor relevancia. En Tumaco, el 11 de julio se realizaron dos gestiones en salud: la solicitud de una cita de primera vez por ginecología y obstetricia para una mujer gestante y una cita de crecimiento y desarrollo para un niño. Posteriormente, el 14 de julio, se radicó un oficio ante el Hospital San Andrés de Tumaco relacionado con una situación que podía afectar la garantía de derechos de una niña, particularmente por dificultades documentales de su madre. Estas actuaciones evidencian un avance frente al acompañamiento realizado en junio, al pasar de la identificación y orientación frente a una barrera documental a la gestión formal ante las instituciones competentes, manteniendo el seguimiento a las respuestas institucionales.

En la misma línea de articulación institucional, el 14 de julio, las profesionales del componente psicosocial Jennifer Salazar y Cindy Vásquez realizaron una jornada

presencial con la Fundación Afro y Paz, orientada a gestionar la continuidad de atención de los niños próximos a egresar del SIAPD. Como resultado de este espacio se presentó la solicitud de 30 cupos en la modalidad Madres Adolescentes, como alternativa para favorecer la continuidad de los procesos de acompañamiento de los niños y sus familias y prevenir interrupciones en la atención.

En la Subregión del Telembí, las acciones se concentraron en el acompañamiento familiar mediante visitas domiciliarias y actividades diferenciadas según el curso de vida, favoreciendo espacios de diálogo, reflexión y orientación frente a las dinámicas de cada hogar. Estas intervenciones permitieron fortalecer capacidades relacionadas con el cuidado, la crianza, los vínculos afectivos, la organización de rutinas y el bienestar familiar, además de facilitar la identificación de situaciones que requerían seguimiento u orientación.

En términos cualitativos, el principal cambio entre ambos periodos se relaciona con la profundización del acompañamiento psicosocial. Mientras en junio se priorizaron espacios colectivos de sensibilización y reflexión, complementados con acciones puntuales de orientación individual, en julio se consolidó un abordaje más situado mediante visitas domiciliarias, seguimiento de situaciones particulares, gestión para el acceso a servicios y articulación interinstitucional. Esta evolución permite complementar las acciones colectivas con respuestas individualizadas, ajustadas a las necesidades y condiciones de las familias en los diferentes territorios.

16. ARTICULACIONES Y GESTIONES INTERINSTITUCIONALES

Desde el componente psicosocial se fortalecieron las acciones de articulación y gestión interinstitucional orientadas a facilitar el acceso a servicios, atender situaciones que requerían intervención institucional y favorecer la continuidad de los procesos de acompañamiento de los usuarios vinculados al SIAPD.

En Tumaco, el 11 de julio se realizó gestión ante la ESE Centro Hospital Divino Niño para facilitar el acceso a servicios de salud requeridos por dos beneficiarios: se solicitó una cita

de primera vez por ginecología y obstetricia para una mujer gestante, con el propósito de favorecer la continuidad de su atención durante el proceso de gestación, y una cita de crecimiento y desarrollo para un niño, orientada al seguimiento de su estado de salud y desarrollo integral. Posteriormente, el 14 de julio, se radicó ante el Hospital San Andrés de Tumaco, a través de la Ventanilla Única, un oficio relacionado con una situación que podría estar afectando la garantía de derechos de una niña, asociada a dificultades en la documentación de su madre. La solicitud tuvo como finalidad poner el caso en conocimiento de la institución competente y promover las acciones necesarias para contribuir a la garantía de sus derechos, quedando pendiente el seguimiento a la respuesta institucional.

De igual manera, el 14 de julio se desarrolló una jornada presencial de articulación con la Fundación Afro y Paz, orientada a gestionar alternativas para la continuidad de la atención de los niños y niñas próximos a egresar del SIAPD. En este espacio se solicitó la asignación de 30 cupos en la modalidad Madres Adolescentes, como alternativa para dar continuidad al acompañamiento de los niños y sus familias y reducir el riesgo de interrupción de los procesos de atención y protección.

En la Subregión del Telembí, se realizaron gestiones orientadas a favorecer la continuidad de la atención de los usuarios que finalizaron su permanencia en el SIAPD, mediante la identificación y articulación con programas y servicios disponibles en el territorio, incluyendo la oferta del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), de acuerdo con las condiciones y necesidades particulares de cada usuario. Asimismo, el equipo interdisciplinario participó el 7 de julio de 2026 en el Taller de Misión Médica, desarrollado en el municipio de Barbacoas, como espacio de fortalecimiento de conocimientos relacionados con la protección de la misión médica y el desarrollo seguro de las acciones de atención en salud en el territorio.

En conjunto, estas acciones permitieron fortalecer la coordinación con las entidades y redes institucionales del territorio, gestionar respuestas frente a situaciones particulares y promover alternativas de continuidad para los usuarios que requerían servicios posteriores a su egreso del SIAPD. De esta manera, la gestión interinstitucional se constituyó en un mecanismo para abordar barreras de acceso, movilizar recursos y servicios disponibles y

favorecer la continuidad de la atención y la protección integral de los niños, niñas, mujeres gestantes y sus familias.

16.1 ANEXOS FOTOGRÁFICOS





	Nombre de la unidad de servicio	Nombre del beneficiario
1	LOS AMIGUITOS	JACIEL DARIEL TENORIO QUIÑONES
2	LOS AMIGUITOS	AILANY GISSELD MELO OROBIO
3	LOS ALMENDROS	ELIAN JAXIEL MONTAÑO VALENCIA
4	LOS ALMENDROS	MATTHEW ALEJANDRO RIOS BARREIRO
5	LOS AMIGOS 2	MILAN YESID MOYA PEREA
6	LOS AMIGOS 2	FLAILY MILAGROS VALDEZ SANCHEZ
7	COMUNIDAD UNIDA	ZOE DILIANA BATIOSA VIVER
8	COMUNIDAD UNIDA	ALANA LORETH TENORIO DOMINGUEZ
9	SOL NACIENTE	ITZEL MONSERRAT ROSERO VILLALOBOS
10	SOL NACIENTE	SAMMY JIRED VALLECILLA CORREA
11	SOL NACIENTE	FERNANDO JOSUE LAMON RIVAS
12	LUCESITA	YARETH MORA ANDRADES
13	LUCESITA	JORGE SMITH SEGURA MORENO
14	LUCESITA	KELLYS ADHARA MEZA BARAHONA
15	DANIEL EL TRAVIESO	DAIREN AILANY PRECIADO CORTES
16	DANIEL EL TRAVIESO	LAILY ZAMARI CASTILLO MONTAÑO
17	ESTRELLITAS	MANUEL ADONIS CUERO CASTILLO
18	ESTRELLITAS	DERIAN ALEXIS CABEZAS ESTACIO
19	EL JARDIN	LIANA ISABELLA PRECIADO ANGULO
20	EL JARDIN	JHON ALEXANDER MURILLO CAMACHO



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO
NIT. 840.001.036-7
GERENCIA

¡JUNTOS POR TU SALUD!
San Andrés de Tumaco

Tumaco, Nariño, 14 de julio de 2026

Señores
FUNDACIÓN IPS AFRO Y PAZ
Servicio HCB Bienestar Familiar y Comunitaria
Tumaco, Nariño

Asunto: Solicitud de 30 cupos para niños y niñas menores de dos años

Cordial saludo.

Por medio del presente, el **Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición (SIAPD), Modalidad del Divino Niño**, solicita respetuosamente la asignación de **treinta (30) cupos** en el servicio **HCB Bienestar Familiar y Comunitaria**, destinados a niños y niñas menores de dos (2) años que actualmente son atendidos en nuestra modalidad y que próximamente culminarán su proceso de atención.

Esta solicitud tiene como finalidad **garantizar la continuidad de la atención integral de los niños y niñas**, evitando interrupciones en los procesos de acompañamiento, seguimiento nutricional, promoción del desarrollo, fortalecimiento familiar y garantía de derechos, especialmente teniendo en cuenta que son niños y niñas que requieren especial protección durante la primera infancia.

La articulación entre ambas modalidades permitirá realizar una **transición oportuna y organizada**, facilitando que los niños y niñas egresados del SIAPD puedan continuar vinculados a una oferta institucional que contribuya a su desarrollo integral y al fortalecimiento de sus familias.

Por lo anterior, agradecemos su colaboración y la disponibilidad de los **30 cupos solicitados**, con el propósito de garantizar la continuidad de la atención de esta población.

Atentamente,

Cindy Tatiana Vásquez R
TP. 1087197145
Trabajadora Social

Jennifer Salazar
TP. 1004638896
Trabajadora Social





17. ACTIVACIÓN DE RUTA DE PROTECCIÓN

En el marco del seguimiento realizado por el componente psicosocial a los usuarios vinculados al Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición (SIAPD) en Tumaco, Barbacoas, Magüí Payán y Roberto Payán, se efectuó la identificación, orientación y gestión de situaciones relacionadas con las condiciones de cuidado, protección y garantía de derechos de los niños y niñas.

Como resultado de este proceso, se identificaron dos situaciones que requirieron la activación de la ruta de protección, correspondientes a los usuarios identificados con las iniciales I.D.C.S., en Barbacoas, y A.A.AP., en Roberto Payán. En el primer caso, a partir de la información obtenida durante el seguimiento familiar, se identificaron situaciones que requerían la verificación de las condiciones de cuidado y protección del niño, por lo que el 23 de julio de 2026 se elaboró el respectivo informe técnico de incidente y se solicitó la verificación de derechos ante el Centro Zonal del ICBF de Barbacoas, con el propósito de que la autoridad competente realizara la valoración correspondiente y determinara las actuaciones a que hubiera lugar.

En el segundo caso, la activación estuvo relacionada con una situación identificada durante

el seguimiento respecto al estado nutricional y la necesidad de atención en salud de la niña, para lo cual se realizaron las gestiones necesarias que permitieron su traslado y valoración médica, determinándose la necesidad de atención especializada y remisión a un nivel superior. Frente a esta situación se elaboraron los informes y reportes correspondientes y se efectuó la articulación con el Centro Zonal del ICBF de Barbacoas, la Policía Nacional de Roberto Payán y la Comisaría de Familia, con el fin de poner en conocimiento los hechos y favorecer la adopción de las medidas necesarias para la garantía y protección integral de la niña.

Por otra parte, en Tumaco y Magüí Payán no se identificaron situaciones que, de acuerdo con los criterios establecidos para la activación de la ruta de protección, requirieran la intervención de las autoridades competentes.

Los seguimientos y acompañamientos desarrollados en estos territorios permitieron orientar oportunamente las situaciones familiares identificadas y realizar las gestiones correspondientes. En conjunto, las actuaciones adelantadas permitieron brindar una respuesta oportuna frente a las situaciones que representaban posibles amenazas o vulneraciones de derechos, fortaleciendo la articulación interinstitucional y el seguimiento de los casos con las entidades competentes, en procura de garantizar la protección integral de los niños y niñas vinculados al servicio.

18. COMPONENTE DE SALUD

18.1. SEGUIMIENTOS – RESOLUCIÓN 3280: ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y RUTA MATERNO PERINATAL.

Como parte del seguimiento realizado por el componente de enfermería, se verificó la adherencia de los usuarios vinculados al Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición (SIAPD) a las principales atenciones en salud, en Tumaco y la Subregión del Telembí (Barbacoas, Magüí Payán y Roberto Payán). La revisión incluyó los registros de crecimiento y desarrollo, vacunación, higiene

oral, control prenatal, ecografías y consultas con especialistas para las mujeres gestantes, además del análisis de la base de seguimiento en salud. Este proceso permitió identificar avances, atenciones pendientes y situaciones que requerían orientación o gestión para favorecer la continuidad de los servicios.

Municipio de Tumaco

Población	Atención verificada	Resultado
Niños y niñas menores de 5 años	Crecimiento y desarrollo	93 al día / 5 pendientes de ingreso / 5 con cita de ingreso / 7 con cita de continuidad / 1 no asistió por motivos de salud
Niños y niñas menores de 5 años	Vacunación	112 esquemas completos / 25 incompletos
Niños y niñas menores de 5 años	Higiene oral	7 controles al día
Mujeres gestantes	Control prenatal	32 con cita programada para agosto / 1 inasistente
Mujeres gestantes	Vacunación	19 con esquema correspondiente / 12 aún no corresponden por edad gestacional
Mujeres gestantes	Ginecología	20 con atención
Mujeres gestantes	Nutrición	3 con atención
Mujeres gestantes	Psicología	7 con atención

Los resultados de Tumaco muestran una tendencia favorable en el acceso y continuidad de las atenciones en salud**,** especialmente en vacunación infantil y seguimiento de crecimiento y desarrollo. No obstante, persisten situaciones que requieren seguimiento individualizado, relacionadas con inasistencias, esquemas de vacunación incompletos, usuarios pendientes de ingreso y continuidad de controles**.** Por tanto, se considera necesario mantener la gestión y orientación a las

familias, así como la articulación con las instituciones de salud, con el fin de reducir barreras de acceso y garantizar la continuidad de las rutas de atención.

En la Subregión del Telembí, se realizó seguimiento a 130 usuarios, distribuidos en 70 de Barbacoas, 30 de Magüí Payán y 30 de Roberto Payán. La revisión permitió establecer el comportamiento de la adherencia a las atenciones de acuerdo con el curso de vida e identificar los casos que requerían seguimiento, orientación o gestión. Los resultados por municipio se presentan a continuación.

Barbacoas

Población	Atención verificada	Resultado
49 niños y niñas menores de 5 años	Crecimiento y desarrollo	47 actualizados / 2 inasistentes
49 niños y niñas menores de 5 años	Vacunación	49 actualizados
21 mujeres gestantes	Control prenatal	19 actualizadas / 2 inasistentes
21 mujeres gestantes	Vacunación	10 actualizadas / 11 aún no corresponden según edad gestacional

Los resultados muestran una alta adherencia a vacunación y crecimiento y desarrollo en la población infantil. En las gestantes se identificaron dos inasistencias al control prenatal y 11 casos en los que determinadas vacunas aún no correspondían de acuerdo con la edad gestacional.

Magüí Payán

Población	Atención verificada	Resultado
13 niños y niñas menores de 5 años	Crecimiento y desarrollo	8 actualizados / 5 inasistentes
13 niños y niñas menores de 5 años	Vacunación	13 actualizados
17 mujeres gestantes	Control prenatal	12 actualizadas / 5 inasistentes
17 mujeres gestantes	Vacunación	13 actualizadas

En este municipio se evidenció cumplimiento del esquema de vacunación en la población infantil registrada, mientras que las principales situaciones para seguimiento estuvieron relacionadas con la inasistencia a controles de crecimiento y desarrollo y atención prenatal.

Roberto Payán

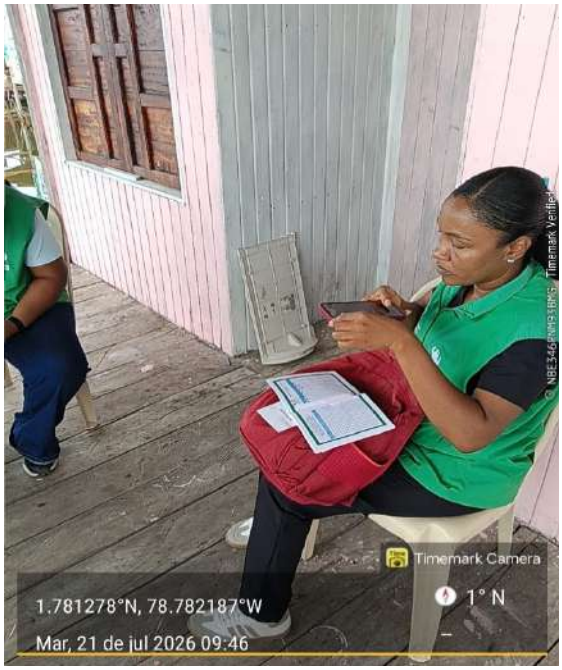
Población	Atención verificada	Resultado
19 niños y niñas menores de 5 años	Crecimiento y desarrollo	9 actualizados / 10 inasistentes
19 niños y niñas menores de 5 años	Vacunación	16 actualizados / 2 desactualizados / 1 pendiente de verificación
11 mujeres gestantes	Control prenatal	9 actualizadas / 2 inasistentes
11 mujeres gestantes	Vacunación	11 actualizadas

En Roberto Payán se identificó una mayor necesidad de seguimiento en crecimiento y desarrollo, debido al número de inasistencias registradas. También se

identificaron casos pendientes de actualización en vacunación. En la población gestante se presentaron dos inasistencias al control prenatal, mientras que la totalidad de las usuarias contaba con el esquema de vacunación correspondiente.

Los resultados obtenidos en Tumaco y la Subregión del Telembí permitieron establecer el nivel de adherencia de los usuarios a las principales atenciones en salud y orientar las acciones de seguimiento de acuerdo con las situaciones encontradas. Se evidenciaron avances favorables en vacunación y en la continuidad de los controles de salud; no obstante, persisten casos relacionados con ingresos pendientes a crecimiento y desarrollo, inasistencia a controles, esquemas de vacunación por actualizar y atenciones próximas a realizarse. Frente a estas situaciones, se brindó orientación a las familias y se adelantaron las gestiones necesarias para favorecer el acceso y la continuidad de la atención, constituyéndose estos hallazgos en insumos para el seguimiento posterior del equipo interdisciplinario.

18.2 ANEXOS FOTOGRÁFICOS

<table>
<tr>
<td>
</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>
</td>
</tr>
</table>

19. GESTIONES Y ARTICULACIONES EN SALUD

En el municipio de Tumaco, desde el componente de salud se fortaleció la articulación con

la E.S.E. Centro Hospital Divino Niño y los puestos de salud Las Palmas y La Cordialidad, con el propósito de facilitar el acceso oportuno a los servicios y garantizar la continuidad de las rutas de atención.

En articulación con la auxiliar de enfermería Elizabeth Forero, de la E.S.E. Centro Hospital Divino Niño, se gestionó la asignación de citas de Crecimiento y Desarrollo para los niños Danna Yaritza Valencia Romero y Yelismar Sofía Peralta Barreiro. De igual manera, mediante las gestiones adelantadas en los puestos de salud Las Palmas y La Cordialidad, se logró la programación de citas para el ingreso al programa de Crecimiento y Desarrollo de los niños Richard Damián Rengifo Rodríguez, Darie Smith Veira Hurtado, Nahiara Alejandra Sinisterra Castillo y David Santiago Cortes Ordoñez.

Además, en el área de atención al usuario de la E.S.E. Centro Hospital Divino Niño se gestionó la asignación de consulta por ginecología para la gestante Yoela Quiñones Martínez y consulta de primera vez por medicina general para la niña Sara Luciana Riascos Perea, favoreciendo la atención oportuna y la continuidad de los servicios requeridos.

En Barbacoas, se brindó acompañamiento presencial a un usuario durante la atención en el programa de Crecimiento y Desarrollo, fortaleciendo el seguimiento a la ruta de atención en salud. Adicionalmente, se efectuó la activación de la ruta de atención para los usuarios I.D.C.S. y A.A.A.P., en quienes se identificaron diagnósticos de desnutrición aguda moderada y desnutrición aguda severa, respectivamente.
De acuerdo con la valoración realizada, se indicó la remisión a segundo nivel de atención para valoración especializada por pediatría. Posteriormente, se brindó orientación a los padres y/o cuidadores sobre la situación nutricional identificada y la importancia de garantizar la continuidad de las atenciones y recomendaciones establecidas por el personal de salud.

En conjunto, las gestiones adelantadas permitieron facilitar el acceso a servicios de promoción, mantenimiento y atención en salud, fortalecer la continuidad de las rutas de atención y realizar seguimiento a situaciones que requerían intervención o atención especializada, mediante la articulación con las instituciones y servicios de salud de cada

territorio.

19.1. ANEXOS FOTOGRÁFICOS







20. GESTOR COMUNITARIO

20.1. ACCIONES DEL GESTOR COMUNITARIO

Desde el que hacer de Gestión Comunitaria se brindo acompañamiento permanente al

equipo interdisciplinario, apoyando el desarrollo de visitas domiciliarias, jornadas de búsqueda activa, encuentros de fortalecimiento familiar y comunitario y actividades de entrega de la Ración Familiar para Preparar (RFPP). Estas acciones estuvieron orientadas a facilitar el acercamiento con las familias, fortalecer la presencia institucional en territorio, identificar y vincular nuevos usuarios y favorecer el acceso oportuno a los servicios ofrecidos por la modalidad SIAPD.

En Tumaco, las acciones territoriales se desarrollaron en los sectores de San Felipe, Nuevo Milenio, Unión Victoria, Ciudadela, 11 de Noviembre, Viento Libre, Buenos Aires, Barrancón y la vereda Imbili-La Vega, mediante recorridos de búsqueda activa, visitas domiciliarias, sensibilización y seguimiento a la población beneficiaria. Como parte de estas actividades, se diligenciaron 25 formatos, F2 correspondientes a niños, niñas, bebés y mujeres gestantes vinculados al servicio, garantizando el registro, organización y trazabilidad de la información. Asimismo, se realizó el registro fotográfico de las jornadas como soporte de las actividades y de las valoraciones antropométricas efectuadas por el equipo interdisciplinario.

En el marco de la búsqueda activa en la vereda Imbili-La Vega, se fortaleció la articulación comunitaria mediante el acercamiento con la Junta de Acción Comunal, específicamente con su vicepresidenta, María Tirsa Quiñones Rosales, a quien se socializó la importancia, alcance y beneficios del servicio SIAPD. En el área urbana se efectuaron recorridos en los barrios Unión Victoria, Ciudadela y sus alrededores, San Felipe, San Martín, Nuevo Milenio, María Auxiliadora, Brisas del Aeropuerto, Nuevo Amanecer y el sector de Familias en Acción, favoreciendo la identificación de potenciales usuarios y el contacto directo con las familias.

De igual manera, se consolidaron articulaciones con los liderazgos comunitarios de las Juntas de Acción Comunal para facilitar el desarrollo de las actividades y el ingreso del equipo interdisciplinario a los diferentes sectores. En este marco, se estableció coordinación con Jaime Churta, presidente de la JAC del barrio Nuevo Amanecer; Wilson Palacios, presidente de la JAC del barrio Nuevo Milenio; y María Tirsa Quiñones Rosales, vicepresidenta de la JAC de la vereda Imbili-La Vega.

También, se gestionaron espacios comunitarios para el desarrollo de las actividades, entre ellos los salones comunales de Buenos Aires y 11 de Noviembre, permitiendo disponer de

escenarios adecuados para los encuentros de fortalecimiento familiar y comunitario.

En la Subregión del Telembí, las Gestoras Comunitarias apoyaron la gestión y disponibilidad de espacios comunitarios en Barbacoas, Magüí Payán y Roberto Payán, correspondientes al salón comunal del barrio Guayabal, la Casa de la Cultura y la Biblioteca Municipal, respectivamente. Estos escenarios facilitaron el desarrollo de jornadas educativas, lúdicas y de fortalecimiento familiar y comunitario, promoviendo la participación de las familias.

Como resultado de las acciones de búsqueda activa y focalización, las Gestoras Comunitarias apoyaron el diligenciamiento de los formatos establecidos para la vinculación de diez (10) nuevos beneficiarios, distribuidos en seis (6) en Barbacoas, tres (3) en Magüí Payán y uno (1) en Roberto Payán. De igual manera, contribuyeron a la organización y actualización de las carpetas de los usuarios, fortaleciendo el manejo documental y la trazabilidad de los procesos de atención.

Finalmente, el acompañamiento de las Gestoras Comunitarias contribuyó al fortalecimiento de la movilización y participación comunitaria, la comunicación con las familias, la búsqueda activa, la gestión de espacios, el apoyo logístico y operativo y la organización documental, favoreciendo la articulación entre el equipo interdisciplinario, las familias y los actores comunitarios de los territorios atendidos por la modalidad SIAPD.

20.2. ANEXOS FOTOGRÁFICOS






Timemark
Foto 100% Real
11:18 a. m. | 11 de jul 2026
Vie




Kaley
23 jul 2026 10:44:30 a.m.
327° NW
Número de índice: 299


Timemark Camera
4-3, Carrera 6
Tumaco, Nariño, 528502, Colombia
1.813880°N, 78.765880°W
248° W
Mar, 28 de jul 2026 10:09 a. m.
26°C


Timemark
Foto 100% Real
03:32 p. m. | 14 de jul 2026
Mar


Timemark Camera
Sin datos
106° E
Mar, 28 de jul 2026 06:14 p. m.

21. ACCIONES ENTORNO INTRAMURAL

En el **entorno intramural** se garantiza la atención integral a niños y niñas con **desnutrición aguda moderada o severa**, mediante el seguimiento interdisciplinario y la implementación de acciones orientadas a la recuperación nutricional, el fortalecimiento de prácticas adecuadas de alimentación y cuidado, y la articulación con los servicios de salud cuando se requiere atención complementaria o especializada. Estas acciones contribuyen a favorecer la recuperación del estado nutricional y garantizar la continuidad de la atención.

21.1. VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

La atención nutricional desarrollada en el entorno intramural estuvo orientada a la valoración, recuperación y seguimiento continuo del estado nutricional de los niños y niñas beneficiarios**,** especialmente aquellos con diagnóstico de desnutrición aguda moderada o severa.

Como parte del proceso de ingreso, se realizó la valoración nutricional inicial de cinco (5) nuevos beneficiarios**,** mediante el diligenciamiento de los formatos F9,

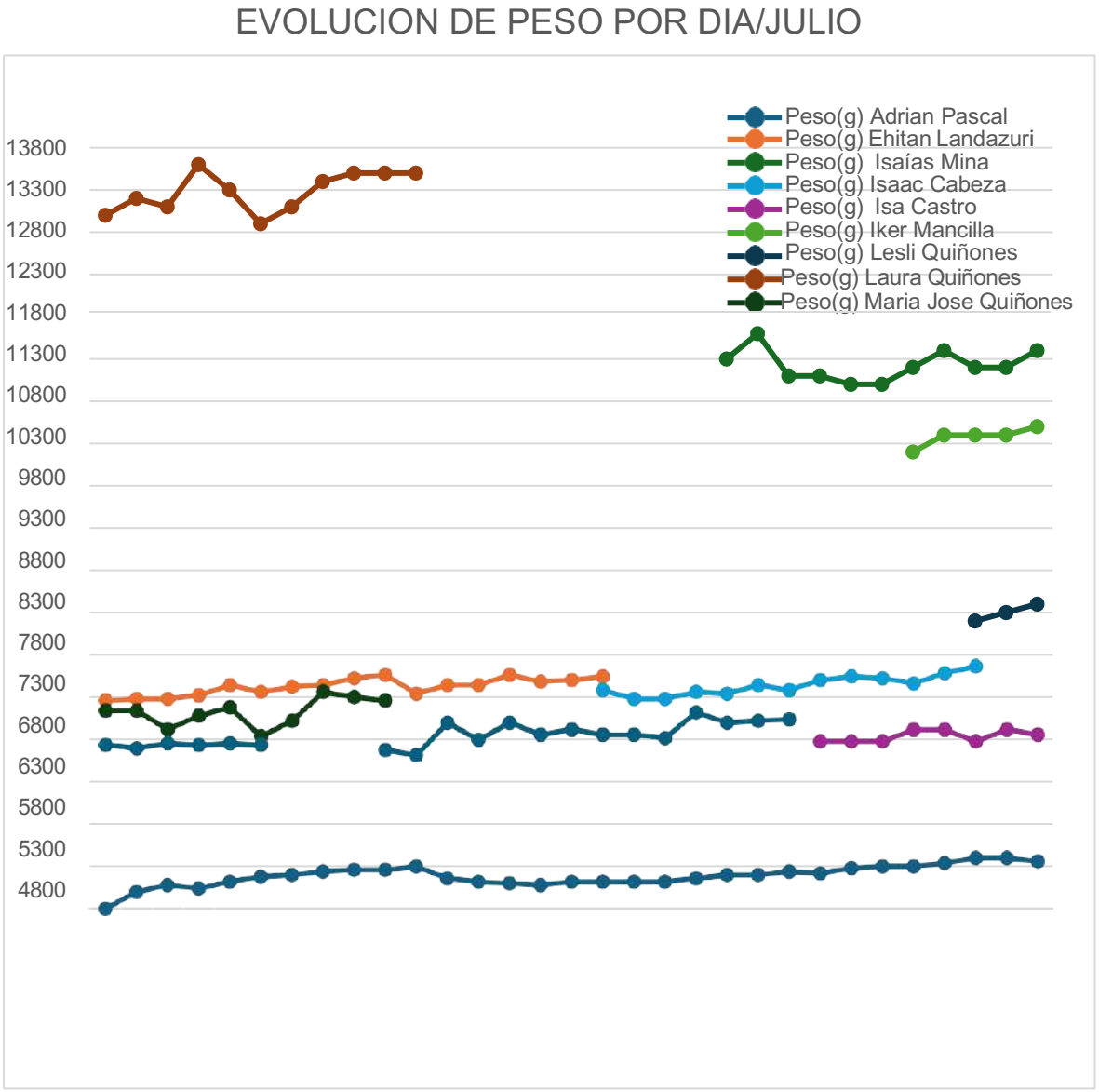
recopilando información antropométrica, clínica, alimentaria y social necesaria para establecer su situación nutricional y orientar las acciones de intervención de acuerdo con las necesidades identificadas.

De manera complementaria, se efectuó el seguimiento nutricional de los diez (10) beneficiarios atendidos durante el periodo**,** realizando el correspondiente cargue digital de los formatos F7, con el registro de las mediciones antropométricas, evolución del peso y observaciones derivadas de cada valoración.

Esta información permitió analizar los cambios presentados en el estado nutricional y valorar la respuesta frente a las intervenciones implementadas. Asimismo, se elaboraron y anexaron las gráficas de evolución del peso de los beneficiarios que permanecieron en el entorno intramural, como herramienta para visualizar su comportamiento nutricional y apoyar el análisis de su proceso de recuperación.

En conjunto, estas acciones permitieron realizar un monitoreo sistemático e individualizado**,** facilitando la identificación oportuna de avances, dificultades y necesidades de ajuste en las intervenciones nutricionales.

Gráfico N. 1 Seguimiento peso diario



La grafica evidencia en términos generales, la evolución ponderal fue favorable en los beneficiarios con seguimiento durante el mes, evidenciándose ganancias de peso y tendencias ascendentes en la mayoría de los casos. Las fluctuaciones observadas deben interpretarse considerando la variabilidad propia del proceso de recuperación nutricional y las condiciones individuales de cada beneficiario. El monitoreo diario permitió identificar oportunamente cambios en la tendencia del

peso y realizar seguimiento a la respuesta frente a las intervenciones nutricionales implementadas. Estos resultados reflejan avances en el proceso de recuperación, aunque requieren continuidad del proceso.



Grafica N. 2

Durante el mes de julio se evidenció un comportamiento favorable en la atención del entorno intramural, con un total de 10 beneficiarios atendidos. Del total de ingresos, 2 fueron remitidos por el entorno extramural, 1 fue captado mediante

Seguridad Alimentaria del Centro Hospital Divino Niño sede Unión Victoria, y 2 fueron remitidos por el ICBF, lo que refleja la articulación de diferentes mecanismos de identificación y vinculación de niños y niñas con riesgo o afectación nutricional.

De los beneficiarios atendidos, 4 lograron mejorar su estado nutricional, evidenciando una respuesta favorable a las intervenciones implementadas por el equipo interdisciplinario. Asimismo, se presentó 1 egreso voluntario, situación que requiere seguimiento para favorecer la continuidad de las recomendaciones nutricionales y disminuir el riesgo de interrupción del proceso

de recuperación.

Al cierre del período, 5 beneficiarios continuaron en el entorno intramural, permitiendo dar continuidad al seguimiento nutricional, monitoreo de la evolución ponderal, educación a cuidadores y fortalecimiento de las intervenciones individualizadas. Se hace énfasis que estos ingresaron a finales de mes

En términos cualitativos, los resultados reflejan una respuesta positiva del servicio frente a la recuperación nutricional**,** así como la importancia de mantener el acompañamiento integral, la educación familiar y el seguimiento permanente para consolidar los avances alcanzados y favorecer la recuperación de los beneficiarios que permanecen en atención.

21.1.2. ANEXOS FOTOGRÁFICO





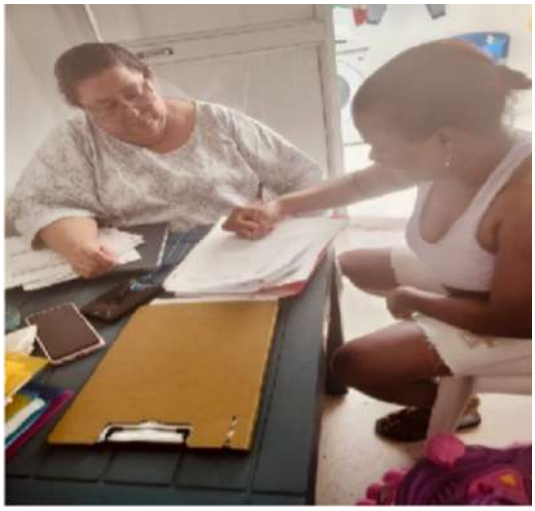
Tomas de medidas Antropométricas	
	
	

22. EDUCACIÓN PARA LA SALUD ALIMENTARIA.

Durante el mes de julio, se desarrollaron acciones de educación para la salud alimentaria y nutricional dirigidas a los niños, niñas y sus padres, madres y/o cuidadores del entorno intramural, mediante estrategias pedagógicas y participativas orientadas al fortalecimiento de conocimientos y prácticas relacionadas con una alimentación adecuada, variada, equilibrada y segura. Las actividades abordaron temas como hábitos alimentarios saludables, selección y combinación de alimentos, higiene y manipulación adecuada, importancia de la hidratación, alimentación complementaria, lactancia humana, preparación y consumo de alimentos, así como prácticas de masticación y deglución. Estas acciones estuvieron orientadas a fortalecer las capacidades de los cuidadores y favorecer la continuidad de las recomendaciones nutricionales en el entorno familiar, como parte del proceso de recuperación y prevención de la desnutrición.

22.1. EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

	
Actividad de Ejercicios de masticación y deglución	Consumo de fruta ejercitando la alimentación perceptiva

	
Educación cuidadores para el egreso	Educación en consejería en lactancia Humana

23. Fortalecimiento comunitario para la vigilancia de los eventos de Desnutrición.

23.1.1. Complementación alimentaria.

Durante el periodo se garantizó la complementación alimentaria de los niños y niñas beneficiarios y sus acompañantes de acuerdo con las características y necesidades nutricionales establecidas en el proceso de atención. Las preparaciones y alimentos suministrados fueron orientados a requerimientos nutricionales de la alimentación del litoral pacifico y contribuir al cumplimiento de los requerimientos necesarios para favorecer la recuperación y mantenimiento del estado nutricional. Asimismo, se realizó seguimiento a la aceptación, consumo y tolerancia de los alimentos ofrecidos, identificando oportunamente las situaciones que requirieran ajustes o acompañamiento nutricional con adición de batidos hipercalóricos.

23.1.2. Raciones preparadas – intramural

En el entorno intramural se garantizó el suministro de raciones preparadas basadas en la

minuta patrón del ICBF y aprobadas por la supervisora contractual del convenio, a los beneficiarios durante su permanencia en el servicio, de acuerdo con las orientaciones nutricionales establecidas. Las preparaciones fueron elaboradas bajo condiciones adecuadas de higiene y manipulación de alimentos, procurando garantizar calidad, inocuidad y aceptación por parte de los niños y niñas. Se realizó acompañamiento durante los tiempos de alimentación y seguimiento al consumo, con el propósito de favorecer una adecuada ingesta y contribuir a los objetivos de recuperación nutricional.

Consumo de la Ración preparada tiempo de comida “Almuerzo”


23.1.3. Alimento de alto valor nutricional

Como parte de la intervención nutricional, se garantizó el suministro de alimentos de alto valor nutricional**,** de acuerdo con las preparaciones contempladas en el ciclo de menú aprobado por la supervisora contractual del convenio, de acuerdo con las necesidades y condiciones particulares de los beneficiarios. Estos alimentos fueron incorporados como apoyo a la alimentación habitual, buscando favorecer un mayor aporte de energía y nutrientes y contribuir al proceso de recuperación nutricional. Se realizó seguimiento a su consumo, aceptación y tolerancia, además de brindar educación a los cuidadores sobre su adecuada utilización y la importancia de cumplir con las indicaciones establecidas por el profesional de nutrición.

23.1.4. Fórmulas terapéuticas listas para consumir (FTLC)

Durante el mes de julio de los 10 beneficiarios atendidos en el entorno intramural solo Nueve (9) casos en los que se encontraba indicada se utilizó la Fórmulas Terapéuticas Listas para Consumir (FTLC), se realizó el suministro y seguimiento correspondiente, de acuerdo con las condiciones y requerimientos establecidos para cada beneficiario. El equipo de nutrición y auxiliar de enfermería realizó acompañamiento a los cuidadores frente a la administración adecuada, conservación, higiene, aceptación y consumo de la fórmula, verificando la tolerancia y adherencia al manejo nutricional. Estas acciones estuvieron orientadas a contribuir a la recuperación nutricional y al cumplimiento de los objetivos terapéuticos establecidos para cada niño o niña. Asimismo, se realiza entrega de FTLC para manejo en casa de acuerdo con prescripción médica para evitar deterioro.



24. Componente de fortalecimiento familiar y comunitario

En el entorno intramural se realiza el fortalecimiento familiar, a los usuarios y grupo familiar en este caso a las principales cuidadoras de los niños y niñas activas durante el tiempo correspondiente, en este mes corresponde a julio, con la temática planeada de: Derechos y Deberes en la familia, así mismo en componente de nutrición desarrolló actividades educativas y lúdicas dirigidas a las familias, entre ellas el "Bingo de la Lactancia Feliz" y "La Canasta de los Buenos Hábitos de Manipulación", orientadas a fortalecer los conocimientos de las cuidadoras

24.1. Fortalecimiento familiar

Durante el mes de julio, desde el componente psicosocial, se desarrollaron actividades orientadas al fortalecimiento familiar en el servicio intramural, con la participación de los diez (10) usuarios y sus familias, principalmente sus cuidadoras. Las actividades abordaron como temas centrales los derechos y deberes de los niños y niñas en el entorno familiar, así como la socialización del buzón de sugerencias, con el propósito de fortalecer en las cuidadoras el reconocimiento y la garantía de los derechos de los niños y niñas, promover el cumplimiento de los deberes al interior de la familia y generar espacios de participación, comunicación y expresión. De manera articulada, el componente nutricional desarrolló actividades educativas y lúdicas dirigidas a las familias, entre ellas el "Bingo de la Lactancia Feliz" y "La Canasta de los Buenos Hábitos de Manipulación", orientadas a fortalecer los conocimientos de las cuidadoras sobre prácticas adecuadas de lactancia, alimentación y manipulación segura de los alimentos, promoviendo hábitos saludables y de cuidado que contribuyan al bienestar y la recuperación nutricional de los niños y niñas.

ellas el "Bingo de la Lactancia Feliz" y "La Canasta de los Buenos Hábitos de Manipulación", orientadas a fortalecer los conocimientos de las cuidadoras

24.1.2. Fortalecimiento familiar

Durante el mes de julio, desde el componente psicosocial, se desarrollaron actividades orientadas al fortalecimiento familiar en el servicio intramural, con la participación de los diez (10) usuarios y sus familias, principalmente sus cuidadoras. Las actividades abordaron como temas centrales los derechos y deberes de los niños y niñas en el entorno familiar, así como la socialización del buzón de sugerencias, con el propósito de fortalecer en las cuidadoras el reconocimiento y la garantía de los derechos de los niños y niñas, promover el cumplimiento de los deberes al interior de la familia y generar espacios de participación, comunicación y expresión. De manera articulada, el componente nutricional desarrolló actividades educativas y lúdicas dirigidas a las familias, entre ellas el "Bingo de la Lactancia Feliz" y "La Canasta de los Buenos Hábitos de Manipulación", orientadas a fortalecer los conocimientos de las cuidadoras sobre prácticas adecuadas de lactancia, alimentación y manipulación segura de los alimentos, promoviendo hábitos saludables y de cuidado que contribuyan al bienestar y la recuperación nutricional de los niños y niñas.

24.2. ANEXOS FOTOGRÁFICOS

“Bingo de la Lactancia Feliz”









La canasta de los buenos hábitos de manipulación

25. ANÁLISIS DEL COMPONENTE PSICOSOCIAL

Durante el mes de julio, desde el componente psicosocial se realizó seguimiento y atención a los usuarios activos en el entorno intramural, identificando necesidades individuales y familiares que permitieron orientar las acciones de intervención y gestión requeridas.

Se desarrollaron estudios de caso y seguimiento psicosocial a tres usuarios, estableciendo estrategias de intervención acordes con las situaciones identificadas. Asimismo, se realizaron articulaciones interinstitucionales para la gestión de citas médicas, reingreso a servicios y programas del ICBF, procesos de portabilidad y orientación para el acceso a servicios de salud. De igual manera, se efectuó articulación con el equipo extramural para la identificación y gestión de posibles ingresos al servicio intramural.

Como estrategia de fortalecimiento familiar, se desarrolló la temática “Deberes y derechos familiares”, mediante actividades lúdico-pedagógicas orientadas al reconocimiento de derechos, responsabilidades y corresponsabilidad familiar.
En relación con la cobertura, durante el periodo se contó con 10 usuarios activos de los 20 proyectados, equivalente al 50 % de la población esperada. No obstante, se garantizaron las acciones establecidas para el componente psicosocial de acuerdo con la población efectivamente activa, dando continuidad a los procesos de atención, seguimiento, orientación y articulación requeridos.

26. ESTUDIOS DE CASOS

Durante el mes de julio se realizaron tres estudios de caso a usuarios del servicio intramural: Milian Darel Valverde, Adrián Alexander Pascal y Ethian Landázuri, con el propósito de identificar factores asociados a las dificultades presentadas y establecer estrategias de intervención orientadas a favorecer su recuperación nutricional y fortalecimiento comportamental.

Al finalizar el periodo inicial de 15 días de atención, no se evidenció el cumplimiento total de los objetivos establecidos, por lo cual se implementaron estrategias complementarias, entre ellas educación y orientación a los padres durante los tiempos de alimentación y fortalecimiento de pautas de cuidado y manejo comportamental. Se estableció una prórroga de 15 días para el seguimiento y evaluación de la efectividad de las estrategias implementadas.

27. Articulaciones y gestiones interinstitucionales

Durante el mes de julio se realizaron gestiones interinstitucionales orientadas a garantizar la continuidad de la atención integral de los usuarios, en articulación con las entidades y actores correspondientes.

Se gestionó ante la **ESE Centro Hospital Divino Niño (CHDN)** la asignación de citas de consulta externa prioritarias, controles de seguimiento y citas de ingreso, en coordinación con el área de SIAU, conforme a la ruta de atención establecida para el SPAID. Las gestiones correspondieron a los usuarios Adrián Pascal, Ethian Landázuri, Laura Zamira Quiñones, Isa Castro e Iker Mancilla. Asimismo, se gestionaron citas de ingreso para Isaías Daniel Mina y Keiner David Magallanes.

En articulación con la defensora Ana María Obando y la nutricionista del ICBF, se realizó seguimiento a dos casos remitidos al entorno intramural: **Isa Estefanía Castro**, quien ingresó el 24 de julio por el servicio de urgencias con diagnóstico de DNT severa, y **Lesli Geraldine Quiñones**, quien ingresó por urgencias con DNT aguda moderada. En ambos casos se gestionó la desvinculación de los servicios del ICBF en los que se encontraban previamente vinculadas, con el fin de garantizar la articulación correspondiente al nuevo proceso de atención.

Desde el componente psicosocial se realizaron dos gestiones ante **Asmet Salud EPS** relacionadas con el usuario Isaac Cabezas. La primera estuvo orientada a establecer la viabilidad de la portabilidad de la afiliación, dado que el usuario se encuentra afiliado en el municipio de Barbacoas y requería atención en Tumaco. De acuerdo con la orientación recibida por la EPS, la portabilidad tendría vigencia a partir del mes siguiente a su solicitud y, posteriormente, existiría un periodo de tres meses para efectuar un nuevo cambio.

Considerando esta condición y la necesidad de garantizar la continuidad de la atención en su municipio de residencia, no se efectuó el cambio de portabilidad, teniendo en cuenta además que el proceso de recuperación nutricional en el SIAPD se encontraba sujeto al periodo de atención establecido en el manual operativo.

La segunda gestión ante la EPS estuvo relacionada con la reclamación de un medicamento formulado al usuario durante la atención recibida en el Hospital San Andrés, posterior a la

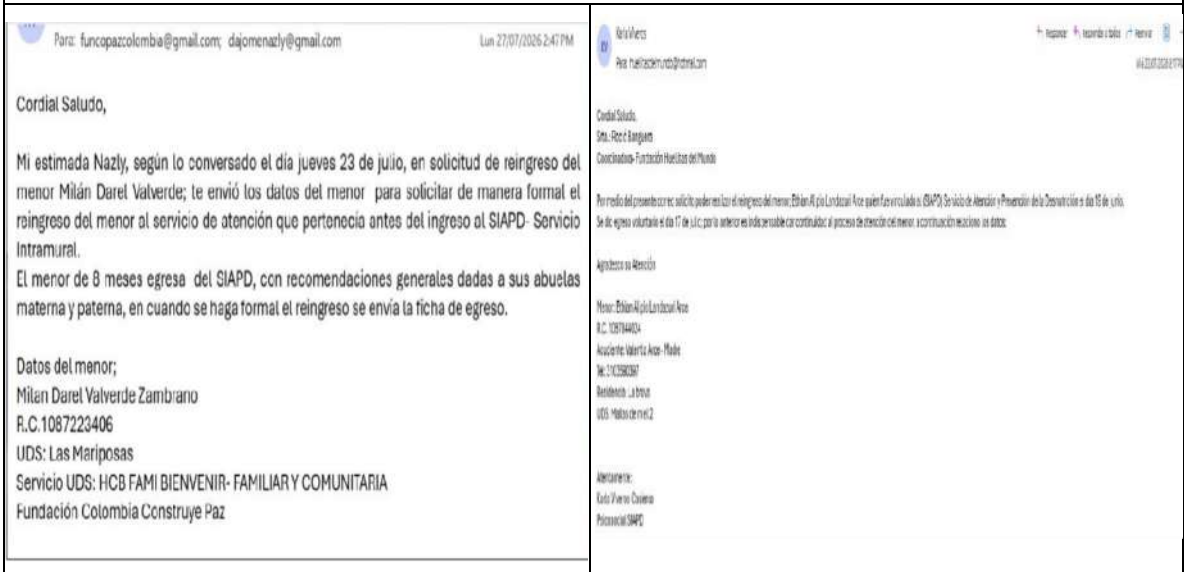
remisión realizada desde la ESE de Barbacoas. La EPS informó que el medicamento debía ser reclamado en el municipio correspondiente a la afiliación del usuario.

También, se gestionó ante la Fundación Huellitas del Mundo el reingreso del usuario Ethian Alipio Landázuri al servicio de Educación Inicial Propia Intercultural. De igual manera, se gestionó el reingreso de Milian Darel Valverde al HCB FAMI Las Mariposas, posterior a su egreso del servicio intramural. Las solicitudes fueron recibidas por los profesionales responsables de cada servicio y se confirmó la activación de ambos usuarios en los programas correspondientes.

Finalmente, se realizó articulación con el equipo extramural del municipio de Barbacoas para la atención de un caso remitido para posible ingreso al entorno intramural. Se efectuó desplazamiento al Hospital San Andrés, mediante el transporte dispuesto por el SIAPD, para realizar seguimiento y articulación con el personal médico y la madre de la menor Ashly Alaiha Angulo. Debido a sus condiciones clínicas y diagnósticos asociados, la menor permaneció hospitalizada mientras se obtenían los resultados de los exámenes requeridos y se determinaba la conducta médica, incluyendo la posibilidad de remisión a una institución de mayor nivel de complejidad.

28. ANEXO FOTOGRAFICOS

Visita oficina ASMET SALUD EPS/ Solicitud de cambio de portabilidad y orientación de formula medica de menor


Para: funcopazcolombia@gmail.com; dajomenazly@gmail.com Lun 27/07/2026 2:47 PM

Cordial Saludo,

Mi estimada Nazly, según lo conversado el día jueves 23 de julio, en solicitud de reingreso del menor Milán Darel Valverde; te envió los datos del menor para solicitar de manera formal el reingreso del menor al servicio de atención que pertenecía antes del ingreso al SIAPD- Servicio Intramural.
El menor de 8 meses egresa del SIAPD, con recomendaciones generales dadas a sus abuelas materna y paterna, en cuando se haga formal el reingreso se envía la ficha de egreso.

Datos del menor;
Milan Darel Valverde Zambrano
R.C.1087223406
UDS: Las Mariposas
Servicio UDS: HCB FAMI BIENVENIR- FAMILIAR Y COMUNITARIA
Fundación Colombia Construye Paz

29. ACTIVACIÓN DE RUTA DE PROTECCIÓN

Durante el mes de julio no se requirió la activación de rutas de protección desde el componente psicosocial en el entorno intramural, al no identificarse situaciones que ameritaran la activación de mecanismos de protección durante el periodo.

30. COMPONENTE DE SALUD

Durante el mes de julio se desarrollaron acciones orientadas a garantizar la atención integral, continuidad y oportunidad de los servicios de salud de los niños y niñas vinculados al entorno intramural del SIAPD.

Se gestionó la asignación y radicación de citas médicas, así como el acompañamiento por parte del personal de enfermería a consultas de pediatría, nutrición, crecimiento y desarrollo e higiene oral**,** de acuerdo con las necesidades identificadas.

Como apoyo al seguimiento nutricional, se participó en la toma y registro de medidas antropométricas (peso, talla y perímetro braquial)**,** aplicando procedimientos estandarizados. Asimismo, se realizó el suministro y administración de hierro, zinc, vitaminas, fórmulas terapéuticas y medicamentos prescritos**,** conforme a las indicaciones médicas y a los protocolos de seguridad y administración de medicamentos.

En el marco del cuidado básico, se efectuó seguimiento a las rutinas de higiene y baño de María José Quiñones, Milán Darel Valverde y Adrián Pai, además de implementar medidas preventivas para el cuidado de la piel y el manejo de alteraciones como dermatitis y prurito.

De igual manera, se acompañó a María José Quiñones y Eithan Landázuri durante la aplicación de los biológicos correspondientes al esquema regular del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)**.**

Finalmente, se realizaron las articulaciones requeridas para favorecer la continuidad de la atención en salud posterior al egreso**,** mediante la orientación y gestión de servicios en los territorios de procedencia de los beneficiarios.

30.1. SEGUIMIENTO – RESOLUCIÓN 3280 DE 2018: ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA Y RUTA MATERNO-PERINATAL

En el marco de la Resolución 3280 de 2018, durante el mes de julio se realizó seguimiento a la garantía de las atenciones establecidas en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud en la primera infancia.

Se verificó la asistencia y oportunidad de los controles de salud requeridos, así como el cumplimiento de las recomendaciones emitidas por los profesionales tratantes. A partir del seguimiento se identificaron necesidades pendientes y se brindó orientación a las cuidadoras sobre la importancia de mantener la adherencia a los controles y atenciones establecidas.

Estas acciones contribuyeron a fortalecer la detección oportuna de riesgos, continuidad del seguimiento y atención integral de los niños y niñas durante la primera infancia.

31. ANEXOS FOTOGRAFICOS

	
Acompañamiento a cita médica de ingreso	Acompañamiento a cita médica de ingreso
	
Seguimiento al consumo del batido hipercalórico en directes formas de preparación.	Entrega de medicamentos y FTLC de Egreso
	

Acompañamiento de Cita en Consejería de Lactancia Humana	Toma de signos vitales

Durante el mes de julio, la atención desarrollada en el SIAPD – entorno intramural permitió fortalecer el abordaje integral de los niños y niñas beneficiarios mediante la articulación de las acciones de salud, nutrición, psicosocial y acompañamiento interdisciplinario, destacándose el seguimiento sistemático de signos vitales y parámetros antropométricos, la administración segura de medicamentos, suplementos y fórmulas terapéuticas, alimentación, así como la gestión y articulación con los servicios de salud para garantizar el acceso a consultas especializadas y el cumplimiento del esquema de inmunización establecido por el PAI. Estas intervenciones favorecieron la identificación oportuna de riesgos, la prevención de complicaciones asociadas a la desnutrición y la continuidad del proceso de recuperación nutricional. A su vez, la aplicación rigurosa de los protocolos de seguridad del paciente, bioseguridad y cuidado de enfermería permitió desarrollar las atenciones programadas sin reporte de eventos adversos durante el periodo.

No obstante, se identificaron barreras locativas y logísticas relacionadas con las condiciones de infraestructura, particularmente en los espacios destinados al baño, descanso y privacidad de los usuarios, las cuales demandan mayores esfuerzos operativos por parte del talento humano para garantizar condiciones seguras y adecuadas de atención; por tanto, se considera prioritario fortalecer las condiciones físicas y de dotación del entorno intramural, con el propósito de mejorar la calidad, seguridad, confort y humanización del servicio y contribuir a la permanencia de los beneficiarios y sus familias en el proceso de atención y recuperación nutricional.

32. ACCIONES DEL DERECHO HUMANO A LA ALIMENTACIÓN ADECUADA

Durante el periodo de ejecución se realizó una jornada de capacitación en el entorno intramural dirigida a los beneficiarios, con participación del equipo interdisciplinario. La actividad tuvo como finalidad fortalecer los conocimientos relacionados con el proceso de germinación y el manejo adecuado de cultivos de ciclo corto.

Durante la capacitación se explicaron las principales etapas para el establecimiento de los cultivos, iniciando con la preparación del pre-vivero, la disposición y manejo de las semillas, el cuidado de las plántulas durante su desarrollo y las condiciones requeridas para realizar el trasplante oportuno al sitio definitivo.

La orientación permitió resaltar la importancia de realizar cada actividad de acuerdo con los

requerimientos técnicos de las especies cultivadas, considerando factores como humedad, condiciones del suelo, disponibilidad de espacio, manejo de arvenses y estado de desarrollo de las plantas.

Se realizó la implementación y seguimiento del proyecto de gallinas de doble propósito**,** mediante la entrega de 600 aves a 300 familias beneficiarias, fortaleciendo la seguridad alimentaria y la capacidad productiva familiar.

Las actividades incluyeron manejo, alimentación, cuidado sanitario, acondicionamiento de los espacios y seguimiento al comportamiento productivo de las aves**,** con énfasis en la producción de huevos para autoconsumo y aprovechamiento de excedentes.

El acompañamiento permitió verificar la aplicación de prácticas básicas de manejo avícola y el aprovechamiento de las aves por parte de las familias beneficiarias, evidenciado mediante actividades de cuidado, manejo y recolección de huevos.

La actividad consistió en el suministro y distribución de alimento concentrado para el fortalecimiento nutricional de las gallinas de doble propósito. Se realizó el alistamiento, empaque y entrega individualizada de 5 kg por beneficiario.

La cobertura correspondió a 300 beneficiarios**,** para un total de **1**.500 kg (1,5 toneladas) de alimento distribuido en los municipios de San Andrés de Tumaco, Barbacoas, Maguí Payán y Roberto Payán**.**

El proceso se ejecutó de manera organizada, oportuna y técnicamente controlada**,** garantizando la entrega de las cantidades establecidas y el cumplimiento de la cobertura programada.

- Proceso de organización y empaque.
- Presentaciones individuales de cinco kilogramos.
- Organización del suministro para su distribución.
- Proceso logístico previo a la entrega.
- Evidencia de las cantidades preparadas para los beneficiarios.



Consolidado general de la entrega

Indicador	Resultado
Beneficiarios atendidos	300
Cantidad individual entregada	5 kg
Total, de alimento distribuido	1.500 kg
Equivalencia en toneladas	1,5 toneladas
Municipios atendidos	4
Modalidad de entrega	Individualizada
Estado de la actividad	Realizada oportunamente
Soporte	Registro fotográfico y registros de entrega

Preparación y establecimiento de los cultivos

Como parte de las actividades prácticas, se realizaron labores relacionadas con la preparación de las áreas destinadas al establecimiento de los cultivos. Estas acciones estuvieron orientadas a generar condiciones adecuadas para el desarrollo de las plantas y facilitar el manejo posterior de las huertas.

Se hizo énfasis en la importancia de mantener el área de siembra limpia, con condiciones apropiadas de humedad y con una adecuada distribución de las plantas, evitando la competencia excesiva por agua, nutrientes, luz y espacio.

adicionalmente, se orientó a los beneficiarios sobre la importancia de realizar oportunamente las labores posteriores al establecimiento, con el propósito de favorecer el crecimiento vegetativo y alcanzar una adecuada etapa productiva.

Manejo y mantenimiento de las huertas

Se desarrollaron actividades prácticas relacionadas con el mantenimiento de los cultivos, buscando conservar las condiciones adecuadas del área de producción y prevenir factores que pudieran limitar el desarrollo de las plantas.

Dentro de estas actividades se incluyeron labores de limpieza general, conservación del área de siembra, manejo de arvenses y aplicación de prácticas de fertilización de acuerdo con las necesidades observadas en los cultivos.

El mantenimiento periódico permite reducir la competencia entre las plantas cultivadas y las arvenses, mejorar las condiciones del área productiva y facilitar la identificación temprana de posibles afectaciones.

Limpieza y control de arvenses

Se realizaron jornadas de limpieza y control manual de arvenses presentes en las áreas de cultivo. Esta actividad tuvo como propósito disminuir la competencia por agua, nutrientes, luz y espacio, favoreciendo el desarrollo de los cultivos establecidos.

El manejo de arvenses se realizó mediante prácticas acordes con las condiciones del área y con el enfoque de manejo responsable de la huerta, procurando evitar afectaciones sobre las plantas cultivadas y mantener las áreas de producción en condiciones adecuadas.

Manejo de fertilización

Durante el acompañamiento técnico se brindaron recomendaciones relacionadas con la aplicación adecuada de fertilizantes y el manejo nutricional de los cultivos.

Se destacó la importancia de realizar la fertilización de manera responsable, teniendo en cuenta el estado de desarrollo de las plantas y las condiciones del suelo, evitando aplicaciones excesivas que puedan generar afectaciones al cultivo o al ambiente.

El adecuado manejo de la nutrición vegetal constituye un componente fundamental para favorecer el crecimiento, desarrollo y productividad de los cultivos de ciclo corto.

Seguimiento y monitoreo de los cultivos

Se realizaron actividades de seguimiento y monitoreo a las huertas establecidas, verificando el estado general de las plantas y las condiciones del área de producción.

El seguimiento permitió observar el desarrollo de los cultivos y orientar a los beneficiarios frente a las labores requeridas para mantener las plantas en condiciones favorables.

Esta actividad constituye un componente fundamental de la asistencia técnica, debido a que permite identificar oportunamente situaciones relacionadas con el crecimiento de las plantas, presencia de arvenses, necesidades de mantenimiento y otros factores que puedan incidir en el desarrollo productivo.

Entrega de material vegetal

Adicionalmente, se realizó la entrega de material vegetal correspondiente a **chirarán y cilantro** al entorno intramural, con el propósito de fortalecer la disponibilidad de productos frescos destinados a la preparación de alimentos.

El material vegetal quedó bajo la responsabilidad de la persona encargada de la preparación de alimentos, quien deberá garantizar su adecuado manejo, cuidado y aprovechamiento, procurando mantener la producción de manera continua.

Esta actividad contribuye al fortalecimiento de la seguridad alimentaria mediante el aprovechamiento de productos cultivados localmente y favorece el acceso a alimentos frescos para complementar la alimentación de los beneficiarios.





Se anexan registros fotográficos correspondientes a las jornadas de capacitación desarrolladas con los beneficiarios, en las cuales se abordaron temas relacionados con la

germinación, establecimiento y manejo de cultivos de ciclo corto.

Registro fotográfico de actividades de mantenimiento





Se incluyen evidencias fotográficas de las actividades de limpieza, control de arvenses y mantenimiento de las áreas destinadas a las huertas caseras.

Registros fotográficos de seguimiento y monitoreo





Se presentan evidencias del seguimiento realizado a los cultivos establecidos, verificando su desarrollo y las condiciones generales de las áreas de producción.

Registro fotográfico de entrega de material vegetal



Se incorpora evidencia fotográfica de la entrega de material vegetal correspondiente a chirarán y cilantro, destinado al fortalecimiento de la disponibilidad de alimentos frescos en el entorno intramural.

Asistencia de seguimiento a beneficiarios

<table>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</table>

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE ABASTECIMIENTO DE 5 KILOS DE ALIMENTO PARA BENEFICIARIOS DE GALLINAS DE DOBLE PROPÓSITO.

San Andrés de Tumaco

<table>
<tr>
<td>

Linda Dariana Ojeda</td>
<td>

Abram Levias segura España</td>
</tr>
<tr>
<td>

Sara Luciana Riascos Perea</td>
<td>

Daney Gisela estacio</td>
</tr>
</table>

Barbacoas

	
Ángel zahel	Luis Mario quiñones
	
Norman Daniel Meza	Seleyni Rincón

Magüí Payán

	
Keidi leonela Zamora	Naha Montaño
	
Victoria Quiñones	Evelin Orosco

Roberto Payán

	
Aitana Nahiara Cortes	Aslin Angulo
	
Darlis Ismael	Elanith Castillo

CONCLUSIÓN

Las actividades desarrolladas en los entornos intramural y extramural permitieron avanzar en el fortalecimiento de las capacidades productivas de las familias beneficiarias, mediante acciones de capacitación, asistencia técnica, establecimiento, mantenimiento y seguimiento

a las iniciativas productivas implementadas. Estas acciones contribuyeron al fortalecimiento de la seguridad alimentaria, al aprovechamiento responsable de los recursos disponibles y al desarrollo de capacidades orientadas al manejo sostenible de cultivos de ciclo corto y especies menores.

En el entorno intramural, el desarrollo de las actividades relacionadas con las huertas caseras permitió promover conocimientos y prácticas para el establecimiento y manejo de cultivos, fortaleciendo las capacidades de los beneficiarios para la producción de alimentos destinados al autoconsumo y favoreciendo el aprovechamiento de los espacios y recursos disponibles.

En el entorno extramural**,** el proyecto de gallinas de doble propósito presentó resultados favorables, evidenciados en la entrega de 600 aves a 300 familias beneficiarias y en la identificación de 574 aves en condición productiva estimada. Asimismo, se realizaron 33 visitas de seguimiento técnico**,** mediante las cuales fue posible verificar las condiciones de manejo, permanencia y producción de las aves, así como brindar orientación a las familias para el adecuado desarrollo de la iniciativa productiva.

De igual manera, la entrega de alimento concentrado se realizó de manera organizada y oportuna, garantizando la atención de los 300 beneficiarios vinculados al proyecto. Se distribuyeron cinco (5) kilogramos por beneficiario, para un total de 1.500 kilogramos de alimento concentrado**,** equivalentes a 1,5 toneladas**.** El proceso contempló las etapas de alistamiento, empaque, traslado y distribución, permitiendo optimizar la operación logística y garantizar una adecuada cobertura territorial en los municipios establecidos.

En términos generales, las acciones ejecutadas permitieron fortalecer el acompañamiento técnico y operativo a las familias beneficiarias, favoreciendo la continuidad de las iniciativas productivas, el aprovechamiento de los recursos entregados **y** el fortalecimiento de la seguridad alimentaria**.** El seguimiento realizado permitió, además, identificar avances en la implementación y sostenibilidad de las unidades productivas, consolidando capacidades que pueden contribuir a mejorar el acceso y disponibilidad de alimentos en los hogares beneficiarios.

33. ACCIONES COMPONENTE PEDAGÓGICO.

En cumplimiento de la planeación establecida por el Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición, se desarrolló una jornada de fortalecimiento de competencias dirigida al talento humano, en la cual se abordaron de manera articulada los temas de ambientes pedagógicos enriquecidos, comunicación asertiva, comunicación efectiva y trabajo en equipo.
La jornada inició con un espacio de bienvenida e integración orientado a generar un clima

de confianza y participación. Se promovió la interacción entre los participantes mediante actividades que permitieron reconocer la importancia de establecer relaciones basadas en el respeto, la empatía, la confianza y la disposición para escuchar.
Este primer momento permitió reflexionar sobre la importancia de que el talento humano cuente con espacios de diálogo que favorezcan el reconocimiento de las fortalezas individuales y colectivas, así como la identificación de aspectos susceptibles de mejoramiento en las dinámicas de trabajo.

42. 1. AMBIENTES PEDAGÓGICOS ENRIQUECIDOS

Durante el desarrollo del tema central se abordó el concepto de ambiente pedagógico enriquecido, haciendo énfasis en que el ambiente no corresponde únicamente al espacio físico, sino que comprende las relaciones, interacciones, materiales, experiencias y oportunidades que se generan alrededor de las niñas y los niños.
Se orientó al talento humano sobre la importancia de organizar ambientes seguros, acogedores, flexibles y estimulantes, teniendo en cuenta la edad, los intereses, las capacidades y las necesidades de desarrollo de cada grupo.
Se resaltó que los ambientes deben favorecer la autonomía y permitir que las niñas y los niños tengan acceso progresivo a materiales y recursos que puedan explorar, manipular y utilizar de diferentes maneras.



Así mismo, se promovió el reconocimiento de los recursos disponibles en el contexto como elementos que pueden ser utilizados pedagógicamente. Se destacó la posibilidad de incorporar materiales naturales, elementos reciclables, objetos cotidianos y recursos propios del territorio para crear experiencias significativas y culturalmente pertinentes.
El talento humano reflexionó sobre la importancia de evitar ambientes sobrecargados o

poco funcionales y, en cambio, favorecer espacios organizados con una intencionalidad pedagógica clara.

Se enfatizó que cada elemento dispuesto dentro del ambiente debe responder a un propósito y generar oportunidades para que las niñas y los niños exploren, descubran, creen, se expresen y aprendan.



42.1.2. FORTALECIMIENTO DE LA COMUNICACIÓN ASERTIVA Y EFECTIVA

Uno de los componentes centrales de la jornada fue el fortalecimiento de las competencias comunicativas del talento humano, reconociendo que la comunicación es un elemento fundamental para el adecuado funcionamiento de los equipos interdisciplinarios y para la prestación de una atención integral y de calidad.

Se inició con una reflexión sobre situaciones cotidianas que pueden generar dificultades en la comunicación dentro de los equipos de trabajo, tales como mensajes incompletos, interpretaciones diferentes, falta de escucha, respuestas impulsivas, desconocimiento de las funciones de otros profesionales, dificultades para expresar desacuerdos y ausencia de retroalimentación.

A partir de estas situaciones se explicó la diferencia entre comunicación efectiva y comunicación asertiva.

La comunicación efectiva fue comprendida como aquella que permite transmitir información de manera clara, precisa y comprensible, procurando que el mensaje llegue adecuadamente a la persona receptora y que exista una retroalimentación que permita verificar su comprensión.

Por su parte, la comunicación asertiva se trabajó como la capacidad de expresar pensamientos, opiniones, sentimientos, necesidades o desacuerdos de manera directa, respetuosa y equilibrada, evitando tanto las actitudes pasivas como las respuestas agresivas.

Se enfatizó que ambas competencias son necesarias para el desarrollo de un trabajo interdisciplinario de calidad, ya que permiten establecer acuerdos claros, prevenir conflictos, organizar responsabilidades y garantizar una adecuada circulación de la información.



42.1.3. ESCUCHA ACTIVA

Dentro de este componente se trabajó la importancia de la escucha activa, entendida como la disposición para prestar atención al mensaje del otro, comprender su contenido y demostrar interés por lo expresado.
Se invitó al talento humano a reconocer que escuchar no significa simplemente permanecer en silencio mientras otra persona habla. Implica observar, prestar atención, evitar interrupciones innecesarias, realizar preguntas cuando sea necesario, verificar la comprensión del mensaje y ofrecer una respuesta pertinente.
La escucha activa resulta especialmente importante dentro de los equipos interdisciplinarios, debido a que cada profesional aporta conocimientos y perspectivas diferentes. Reconocer estos aportes permite enriquecer la toma de decisiones y fortalecer las respuestas frente a las necesidades identificadas en las niñas, los niños y sus familias.

42.1.4. Expresión respetuosa de ideas y desacuerdos.

Otro aspecto abordado fue la importancia de aprender a expresar desacuerdos sin generar confrontaciones personales.
Se orientó sobre la necesidad de diferenciar entre cuestionar una idea y cuestionar a una persona. En este sentido, se promovió el uso de mensajes claros, respetuosos y centrados en las situaciones concretas, evitando señalamientos, descalificaciones o expresiones que puedan deteriorar las relaciones laborales.
Se resaltó que los desacuerdos pueden convertirse en oportunidades de aprendizaje

cuando son abordados mediante el diálogo, la escucha y la búsqueda de soluciones.

42.1.5. Retroalimentación constructiva.

También se trabajó la importancia de brindar y recibir retroalimentación de manera constructiva. Se explicó que la retroalimentación debe orientarse al mejoramiento de los procesos y no convertirse en una herramienta de señalamiento o descalificación.
El talento humano fue invitado a formular observaciones de manera específica, respetuosa y oportuna, reconociendo inicialmente los aspectos positivos y señalando posteriormente las oportunidades de mejora acompañadas de alternativas de solución.
De igual manera, se resaltó la importancia de recibir las observaciones con disposición, evitando asumirlas como ataques personales y reconociéndolas como oportunidades para revisar y fortalecer las prácticas profesionales.

43. COMUNICACIÓN EN EQUIPO

El fortalecimiento de la comunicación se articuló directamente con el trabajo en equipo, teniendo en cuenta que un equipo interdisciplinario requiere mecanismos adecuados de comunicación para coordinar acciones, compartir información, distribuir responsabilidades y realizar seguimiento a los procesos.
Se reflexionó sobre la importancia de que cada integrante conozca y respete las funciones de los demás perfiles profesionales, evitando duplicidad de acciones y favoreciendo la complementariedad.
La comunicación efectiva permite que la información relevante sea compartida oportunamente y facilita la toma de decisiones. Por su parte, la comunicación asertiva permite abordar situaciones complejas, expresar necesidades y construir acuerdos sin afectar las relaciones entre los integrantes del equipo.
Durante la actividad se promovió la construcción colectiva de acuerdos relacionados con:

- Mantener canales de comunicación claros y respetuosos.
- Escuchar antes de emitir juicios.
- Evitar divulgar información incompleta o no verificada.
- Expresar oportunamente las dificultades identificadas.
- Respetar las opiniones y aportes de los demás.
- Utilizar un lenguaje adecuado y profesional.
- Solicitar aclaraciones cuando un mensaje no sea comprendido.
- Brindar retroalimentación de manera constructiva.
- Cumplir los acuerdos establecidos.

- Favorecer la corresponsabilidad entre los diferentes perfiles profesionales.

Estos elementos fueron relacionados con la atención integral, resaltando que una adecuada coordinación del talento humano repercute en la calidad y oportunidad de las acciones desarrolladas con las niñas, los niños y sus familias.



44. ARTICULACIÓN ENTRE COMUNICACIÓN Y AMBIENTES PEDAGÓGICOS.

Durante la jornada se realizó una reflexión sobre la relación existente entre la comunicación del talento humano y la construcción de ambientes pedagógicos enriquecidos.
Se reconoció que no es suficiente disponer de materiales y espacios adecuados si las interacciones que se desarrollan dentro de ellos no favorecen el respeto, la participación y la confianza.
El ambiente pedagógico también se construye a partir de las relaciones que establecen los adultos con las niñas y los niños. Por ello, la comunicación utilizada por el talento humano debe ser coherente con los principios de respeto, reconocimiento, escucha y participación. Una comunicación cálida, respetuosa y clara contribuye a que las niñas y los niños se sientan seguros para expresar sus ideas, realizar preguntas, explorar y participar. De esta manera, el ambiente pedagógico se convierte no solo en un espacio físico, sino en un escenario de relaciones y aprendizajes.
También se resaltó que las familias requieren recibir información clara y comprensible sobre los procesos desarrollados con sus hijos e hijas. Una comunicación adecuada con las familias favorece la corresponsabilidad y permite establecer alianzas para acompañar el desarrollo infantil desde los diferentes contextos.

45. METODOLOGÍA IMPLEMENTADA

La jornada se desarrolló mediante una metodología participativa, reflexiva y práctica, buscando que los participantes no fueran únicamente receptores de información, sino protagonistas del proceso de aprendizaje.

Se utilizaron estrategias como:

- Conversatorios y espacios de reflexión.
- Preguntas orientadoras.
- Análisis de situaciones cotidianas.
- Ejercicios de comunicación.
- Intercambio de experiencias.
- Trabajo colaborativo.
- Construcción colectiva de acuerdos.
- Análisis de situaciones relacionadas con ambientes pedagógicos.
- Ejercicios prácticos de organización y transformación de espacios.

La metodología permitió relacionar los contenidos con las experiencias reales del talento humano, facilitando la identificación de fortalezas, dificultades y oportunidades de mejora.

46. RESULTADOS OBTENIDOS

Como resultado del proceso de fortalecimiento se evidenció una mayor comprensión sobre la importancia de generar ambientes pedagógicos enriquecidos, seguros, organizados y pertinentes para favorecer el aprendizaje y desarrollo integral de las niñas y los niños.
El talento humano fortaleció sus conocimientos sobre la intencionalidad pedagógica de los espacios y la importancia de seleccionar y organizar los materiales de acuerdo con las características de los grupos etarios.
Asimismo, se fortalecieron competencias relacionadas con la comunicación asertiva y efectiva, especialmente en aspectos como la escucha activa, la expresión respetuosa de ideas, la formulación de observaciones, la retroalimentación y la construcción de acuerdos.
La jornada permitió reconocer que las dificultades de comunicación pueden afectar la coordinación de las acciones y, por tanto, generar impactos en los procesos de atención. En consecuencia, se resaltó la necesidad de mantener canales de comunicación claros, oportunos y respetuosos.
Se evidenció disposición del talento humano para revisar sus prácticas comunicativas y fortalecer aquellas habilidades que favorecen el trabajo colaborativo.

También se logró una mayor comprensión de la relación entre comunicación, clima laboral, trabajo en equipo y calidad de la atención, reconociendo que el fortalecimiento de las relaciones entre los integrantes del equipo contribuye a una mejor articulación de las acciones.

Finalmente, se promovió el reconocimiento de que los ambientes pedagógicos enriquecidos no dependen exclusivamente de los recursos físicos disponibles, sino también de la calidad de las interacciones, el acompañamiento del adulto y la intencionalidad pedagógica con la cual se desarrollan las experiencias.

47. CONCLUSIONES

El proceso de fortalecimiento desarrollado durante el mes de julio permitió consolidar competencias pedagógicas y comunicativas del talento humano, favoreciendo una mirada integral sobre la importancia de los ambientes pedagógicos enriquecidos y las relaciones que se construyen dentro de ellos.

Se concluye que la comunicación asertiva y efectiva constituye una competencia fundamental para el trabajo interdisciplinario, ya que facilita la coordinación, fortalece la confianza, previene conflictos y permite construir acuerdos orientados al cumplimiento de objetivos institucionales.

La escucha activa, el respeto por las opiniones de los demás, la expresión adecuada de desacuerdos y la retroalimentación constructiva son herramientas que deben incorporarse de manera permanente en las dinámicas del talento humano.



Asimismo, se reconoce que un ambiente pedagógico enriquecido no está determinado únicamente por la infraestructura o los materiales disponibles. También depende de las interacciones que se generan, del acompañamiento de los adultos, de la posibilidad de participación y de la intencionalidad con la que se organizan las experiencias.
Por tanto, fortalecer las competencias del talento humano implica trabajar de manera articulada los conocimientos pedagógicos, las habilidades comunicativas y las capacidades para trabajar colaborativamente.
Finalmente, se reafirma la importancia de continuar desarrollando procesos de cualificación y acompañamiento que permitan al talento humano revisar permanentemente sus prácticas, fortalecer sus competencias y generar mejores condiciones para que las niñas, los niños y sus familias reciban una atención integral, pertinente, respetuosa y de calidad.

48. ACTIVIDAES REALIZADAS CON LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS DEL ENTORNO INTRAMURAL Y EXTRAMURAL

Durante el mes de julio se desarrollaron diferentes experiencias pedagógicas con las niñas y los niños, orientadas a favorecer el desarrollo integral mediante actividades lúdicas, sensoriales, exploratorias y de interacción. Las experiencias fueron organizadas teniendo en cuenta las características de los diferentes grupos etarios, respetando los ritmos individuales de aprendizaje y promoviendo la participación activa de los niños y las niñas.
Las actividades estuvieron encaminadas a fortalecer procesos relacionados con la exploración del medio, el desarrollo sensorial, la alimentación complementaria, la manipulación de objetos, el juego simbólico, el lenguaje, la expresión corporal y el desarrollo motor grueso.

48.1. ESTIMULACIÓN DE LA EXPLORACIÓN DEL MEDIO, TEXTURAS Y SONIDOS

Se desarrolló una experiencia de exploración sensorial orientada a favorecer el reconocimiento progresivo del entorno mediante el contacto con diferentes texturas, sonidos, formas y materiales.
Para el desarrollo de la actividad se dispusieron diferentes elementos seguros y apropiados para la edad, tales como telas suaves, objetos con diferentes superficies, elementos sonoros y materiales de distintas características. Se permitió que las niñas y los niños exploraran libremente los objetos, los tocaran, observaran, escucharan y manipularan, respetando sus ritmos y formas particulares de interacción.
Durante la experiencia se acompañó verbalmente a los niños y las niñas, nombrando los objetos, describiendo sus características y haciendo énfasis en conceptos sencillos como suave, áspero, duro, blando, grande, pequeño, fuerte y suave, así como en sonidos producidos por los diferentes materiales.



La actividad favoreció la estimulación de los sentidos y permitió generar oportunidades para que los niños descubrieran las características del medio a través de la experiencia directa. Asimismo, se fortalecieron procesos de atención, curiosidad, percepción y coordinación óculo-manual.

El acompañamiento del adulto fue fundamental, ya que permitió brindar seguridad, responder a las expresiones de los niños y ampliar sus posibilidades de exploración mediante preguntas, palabras, gestos y demostraciones.

La experiencia también permitió fortalecer el vínculo afectivo entre los niños y sus cuidadores, debido a que la exploración estuvo acompañada de expresiones de afecto, contacto visual y comunicación permanente.



48.1.2. ACOMPAÑAMIENTO A LA INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Se desarrolló una actividad de acompañamiento a las familias y a las niñas y los niños en el proceso de introducción progresiva de la alimentación complementaria, promoviendo experiencias positivas alrededor de los alimentos y fortaleciendo la participación del niño durante los momentos de alimentación.
La actividad se orientó desde una perspectiva pedagógica, reconociendo que el momento de la alimentación constituye también una oportunidad para favorecer aprendizajes relacionados con la autonomía, la exploración sensorial, la comunicación y la adquisición progresiva de hábitos.
Durante la experiencia se permitió que los niños observaran, tocaran y reconocieran diferentes alimentos adecuados para su proceso de alimentación, identificando características como colores, formas, olores, temperaturas y consistencias.
Se promovió que los cuidadores acompañaran el momento de manera afectuosa, respetuosa y paciente, evitando presiones y favoreciendo que las niñas y los niños pudieran expresar sus preferencias y respuestas frente a los alimentos.
De igual manera, se orientó sobre la importancia de generar un ambiente tranquilo durante la alimentación, establecer rutinas y permitir progresivamente la participación de los niños de acuerdo con sus capacidades.

La actividad permitió comprender que la introducción de nuevos alimentos constituye un proceso gradual en el cual las experiencias positivas y el acompañamiento afectivo pueden favorecer la aceptación y exploración de diferentes alimentos.
Desde el componente pedagógico, se resaltó que durante estos momentos los adultos pueden fortalecer el lenguaje nombrando los alimentos, describiendo sus características y promoviendo intercambios comunicativos sencillos con los niños.



48.1.3. JUEGO DE MANIPULACIÓN DE OBJETOS

Se realizó una experiencia de juego libre y dirigido mediante la manipulación de diferentes objetos seguros y apropiados para las edades de los participantes.

Los niños tuvieron la oportunidad de agarrar, soltar, trasladar, apilar, introducir, sacar, golpear suavemente y explorar diferentes objetos, desarrollando progresivamente habilidades relacionadas con la coordinación de movimientos y la percepción de las características físicas de los elementos.

Durante la actividad se permitió que los niños experimentaran diferentes posibilidades de uso de los objetos, evitando limitar su exploración exclusivamente a una función determinada. De esta manera, el juego se convirtió en una oportunidad para descubrir relaciones de causa y efecto, experimentar movimientos y desarrollar estrategias propias.

El adulto realizó un acompañamiento permanente mediante demostraciones, palabras de estímulo y preguntas sencillas, favoreciendo la comunicación y ampliando las posibilidades de aprendizaje.

Esta experiencia permitió fortalecer la coordinación óculo-manual, la motricidad fina, la concentración, la curiosidad y la capacidad de resolver pequeñas situaciones durante el juego.

Asimismo, la manipulación de objetos favoreció el desarrollo de la autonomía, debido a que los niños tuvieron la posibilidad de tomar decisiones sobre qué objeto explorar y de qué manera hacerlo.



48.1.4. JUEGO SIMBÓLICO INICIAL

Con las niñas y los niños que se encuentran en etapas en las que comienzan a desarrollar representaciones simbólicas, se realizaron experiencias de juego relacionadas con situaciones de la vida cotidiana.

Se dispusieron objetos y materiales que permitieron representar acciones familiares como alimentar a un muñeco, arrullar, cocinar, organizar elementos, cuidar, limpiar o realizar actividades propias de la vida cotidiana.

Durante el desarrollo de la experiencia se acompañó a los niños mediante demostraciones y expresiones verbales, permitiendo que observaran las acciones realizadas por el adulto y posteriormente las reprodujeran de acuerdo con sus posibilidades.

El juego simbólico inicial permitió que las niñas y los niños utilizaran objetos para representar situaciones conocidas, fortaleciendo progresivamente su capacidad de imitación, representación y expresión.

Asimismo, esta experiencia favoreció el desarrollo del lenguaje, debido a que durante el juego se incorporaron palabras relacionadas con las acciones, objetos y personajes representados.

La actividad también permitió fortalecer las interacciones sociales, la expresión de emociones y la comprensión progresiva de situaciones propias de su entorno familiar y comunitario.

48.1.5. DESARROLLO DEL LENGUAJE MEDIANTE CANCIONES Y RIMAS

Se desarrollaron experiencias musicales y de expresión oral utilizando canciones infantiles, rimas, juegos de palabras, sonidos y movimientos corporales.
Las actividades fueron realizadas de manera participativa, invitando a las niñas y los niños a repetir sonidos, palabras, gestos y movimientos de acuerdo con sus capacidades.
Las canciones permitieron crear un ambiente agradable y motivador para favorecer la comunicación. Durante su desarrollo se realizaron pausas intencionadas para permitir la participación de los niños, promoviendo que anticiparan sonidos, completaran palabras o realizaran movimientos relacionados con las canciones.
Las rimas y juegos de palabras favorecieron la atención auditiva y la familiarización con diferentes sonidos del lenguaje. Asimismo, permitieron ampliar progresivamente el vocabulario mediante la repetición de palabras relacionadas con animales, objetos, partes del cuerpo, acciones y elementos del entorno.
En los niños más pequeños se priorizó la imitación de sonidos, gestos y expresiones, mientras que con los niños mayores se promovió la participación verbal mediante palabras, frases cortas y respuestas a preguntas sencillas.
La actividad también favoreció la expresión corporal, la memoria, la atención y la interacción con los demás, convirtiendo la música y el lenguaje en herramientas pedagógicas para el aprendizaje y el desarrollo.

48.1.6. EXPLORACIÓN DE TEXTURAS

Se realizó una experiencia de exploración de diferentes texturas mediante materiales seguros que permitieron a las niñas y los niños experimentar sensaciones diversas a través del tacto.
Se utilizaron elementos con características contrastantes, permitiendo identificar progresivamente sensaciones como suave, rugoso, liso, blando y duro.
Los niños tuvieron la oportunidad de tocar, presionar, manipular y observar los materiales, mientras el adulto acompañaba la experiencia nombrando las características de cada elemento.
La actividad favoreció la percepción sensorial y permitió fortalecer procesos de discriminación táctil, atención y curiosidad.
Asimismo, se promovió la comunicación mediante preguntas y expresiones sencillas como “¿cómo se siente?”, “¿es suave?” o “¿quieres tocarlo?”, de acuerdo con las capacidades de cada niño.
El acompañamiento respetuoso permitió que aquellos niños que inicialmente mostraban mayor cautela frente a determinadas texturas pudieran acercarse progresivamente a ellas, sin generar presión y respetando sus ritmos individuales.

48.1.7. DESARROLLO MOTOR GRUESO.

Se desarrollaron actividades orientadas a favorecer el movimiento corporal, el equilibrio, la coordinación y el fortalecimiento progresivo de las habilidades motoras gruesas.
Para ello se organizaron pequeños circuitos y espacios de movimiento utilizando elementos disponibles y seguros, como cojines, colchonetas, obstáculos bajos y objetos que permitieran realizar desplazamientos.
Dependiendo de las capacidades de cada grupo, las niñas y los niños realizaron actividades como gatear, caminar, desplazarse, pasar por encima o alrededor de objetos, agacharse, levantarse, lanzar y recoger elementos.
Durante el desarrollo de la experiencia se promovió que los niños exploraran sus posibilidades corporales de manera segura, brindando acompañamiento y apoyo cuando fuera necesario.
La actividad permitió fortalecer el equilibrio, la coordinación, la orientación espacial y la seguridad en los desplazamientos. También favoreció la autonomía, debido a que los niños tuvieron oportunidades para intentar realizar diferentes movimientos y superar pequeños desafíos de acuerdo con sus capacidades.
El acompañamiento verbal y afectivo del adulto permitió generar confianza y motivación, reconociendo los esfuerzos realizados por cada niño y evitando comparaciones entre ellos.

48.1.8. RESULTADOS DE LAS EXPERIENCIAS PEDAGÓGICAS.

Las actividades desarrolladas durante el mes permitieron generar experiencias significativas de aprendizaje a partir del juego, la exploración y la interacción con el entorno. Se evidenció interés y participación de las niñas y los niños frente a las propuestas sensoriales, musicales, de manipulación y movimiento. Las experiencias favorecieron oportunidades para fortalecer diferentes dimensiones del desarrollo, especialmente la comunicación, la exploración, la motricidad, la autonomía, la interacción social y la expresión.
La utilización de materiales sencillos y disponibles en el entorno permitió demostrar que los ambientes pedagógicos enriquecidos pueden construirse a partir de recursos cotidianos, siempre que exista una adecuada intencionalidad pedagógica y condiciones de seguridad.
Asimismo, las experiencias permitieron fortalecer el papel del adulto como mediador del aprendizaje, destacando la importancia de acompañar, observar, escuchar y responder de manera pertinente a las iniciativas de las niñas y los niños.
Finalmente, las actividades contribuyeron a consolidar ambientes pedagógicos más participativos, donde las niñas y los niños tuvieron la oportunidad de explorar, jugar, expresarse, interactuar y aprender de acuerdo con sus características y ritmos individuales.

49. ACTIVIDADES REALIZADAS CON LOS PADRES DE FAMILIA Y CUIDADORES.

Entorno intramural

Con las familias del entorno intramural se desarrolló una actividad lúdica utilizando globos como recurso principal, con el propósito de generar un espacio de encuentro, alegría y conexión entre las niñas, los niños y sus cuidadores.

La actividad se desarrolló mediante diferentes juegos con los globos, en los cuales las familias participaron de manera conjunta, compartiendo, riendo y acompañando a las niñas y los niños. Se buscó que los adultos no fueran únicamente observadores, sino que se involucraran activamente en el juego, siguiendo las iniciativas de los niños, brindándoles apoyo y reconociendo sus logros.



Durante la experiencia se fortalecieron aspectos relacionados con la crianza positiva, resaltando la importancia de acompañar a las niñas y los niños desde el afecto, el respeto y la paciencia. Se invitó a las familias a reconocer que los momentos cotidianos de juego son oportunidades valiosas para fortalecer la confianza, escuchar a los hijos e hijas, expresar cariño y construir relaciones familiares más cercanas.

El uso de los globos permitió generar diferentes formas de interacción entre adultos y niños, promoviendo la cooperación, el contacto, la comunicación y el disfrute compartido. A través de una actividad sencilla se logró crear un ambiente cálido en el que las familias pudieron experimentar que no se requieren recursos complejos para compartir tiempo de calidad con sus hijos e hijas.



La experiencia permitió reflexionar sobre la importancia de jugar con los niños y no solamente comprarles juguetes, acompañándolos en sus descubrimientos, celebrando sus esfuerzos y brindándoles seguridad mientras exploran.
De esta manera, la actividad contribuyó al fortalecimiento de vínculos afectivos y al reconocimiento del juego como una herramienta fundamental de la crianza positiva, favoreciendo relaciones basadas en el amor, el respeto, la comunicación y la confianza.

Entorno extramural

Con las familias del entorno extramural se desarrolló una actividad de baile, música y movimiento corporal, orientada a fortalecer los vínculos afectivos y promover prácticas de crianza positiva a través del disfrute y la interacción familiar.
La actividad se desarrolló en un ambiente alegre y participativo, invitando a madres, padres, cuidadores, niñas y niños a bailar juntos y compartir diferentes ritmos. Los adultos fueron motivados a involucrarse activamente, acompañando los movimientos de los niños, tomándolos de las manos, bailando juntos y permitiendo que ellos también propusieran movimientos de acuerdo con sus posibilidades.
Más allá de la actividad física, el baile se convirtió en una oportunidad para conectarse emocionalmente con los hijos e hijas, compartir sonrisas, expresar afecto y disfrutar de un momento de calidad en familia. Se resaltó que estas experiencias fortalecen la confianza de las niñas y los niños y les permiten sentirse reconocidos, queridos y acompañados.
Durante el desarrollo de la actividad se promovió la crianza positiva, destacando la importancia de que los adultos acompañen a sus hijos e hijas desde el respeto, evitando críticas o comparaciones y valorando la participación y el esfuerzo de cada niño.
También se reflexionó sobre la importancia de generar en el hogar espacios sencillos para compartir, como bailar, cantar, jugar o conversar, entendiendo que estos momentos cotidianos pueden convertirse en oportunidades para fortalecer la comunicación y el vínculo afectivo.

La actividad permitió que las familias disfrutaran de un espacio diferente a las rutinas habituales, fortaleciendo la cercanía entre sus integrantes y reconociendo que **la crianza** positiva también se construye a través de la alegría, el juego, el afecto y el tiempo compartido.

En este sentido, el baile se constituyó en una estrategia sencilla y significativa para promover relaciones familiares más afectivas, respetuosas y cercanas, contribuyendo al bienestar emocional y al desarrollo integral de las niñas y los niños.

50. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES

50.1. CONCLUSIONES

Durante el periodo evaluado, las acciones desarrolladas en el Servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición (SIAPD), en los entornos extramural e intramural de los municipios de Tumaco y Barbacoas, permitieron fortalecer la atención integral de los niños, niñas y mujeres gestantes beneficiarios, mediante la articulación de los componentes de salud, nutrición, psicosocial, pedagógico y el acompañamiento interdisciplinario. Las intervenciones realizadas a través de visitas domiciliarias, espacios educativos, seguimiento nutricional, atención en salud y acompañamiento a las familias contribuyeron al fortalecimiento de conocimientos y prácticas relacionadas con alimentación saludable, lactancia humana, higiene y manipulación de alimentos, aprovechamiento adecuado de los complementos alimentarios, cuidado, buen trato y garantía de derechos.

De igual manera, el seguimiento realizado permitió identificar oportunamente necesidades y situaciones que requerían orientación o gestión, especialmente frente a controles de crecimiento y desarrollo, vacunación, atención prenatal y continuidad de los servicios de salud, promoviendo la corresponsabilidad de las familias en los procesos de cuidado y recuperación nutricional. En el entorno intramural se fortalecieron las acciones de seguimiento de signos vitales y parámetros antropométricos, administración segura de medicamentos, suplementos y fórmulas terapéuticas, alimentación y articulación con los servicios de salud, contribuyendo a la identificación de riesgos y a la continuidad del proceso de recuperación nutricional. Asimismo, la aplicación de los protocolos de bioseguridad, seguridad del paciente y cuidado de enfermería permitió desarrollar las atenciones programadas sin reporte de eventos adversos durante el periodo.

No obstante, se evidenciaron algunas dificultades de carácter logístico y locativo, particularmente en el entorno intramural, relacionadas con las condiciones de infraestructura, privacidad, descanso y disponibilidad de recursos para la comunicación con las familias y el seguimiento de los usuarios. En este sentido, resulta necesario continuar fortaleciendo las condiciones operativas y de atención, con el propósito de garantizar la calidad, seguridad, oportunidad, humanización y continuidad del servicio.

50.1.2. RECOMENDACIÓN GENERAL

Se recomienda continuar fortaleciendo el proceso de atención integral de los niños, niñas y mujeres gestantes mediante el acompañamiento interdisciplinario y el seguimiento permanente a las condiciones nutricionales, de salud, familiares y psicosociales de la población beneficiaria, dando continuidad a las visitas domiciliarias, espacios educativos, seguimiento a compromisos y articulación con los servicios de salud. De igual manera, se considera importante mantener y reforzar las acciones de educación dirigidas a las familias sobre lactancia humana, alimentación adecuada, aprovechamiento y conservación de los complementos alimentarios, higiene y manipulación segura de alimentos, prácticas de cuidado, buen trato y garantía de derechos.

Así mismo, se recomienda fortalecer la gestión y seguimiento de las atenciones en salud pendientes, especialmente crecimiento y desarrollo, vacunación y controles prenatales, promoviendo la corresponsabilidad familiar y la asistencia oportuna a los servicios requeridos. Para el entorno intramural, se recomienda gestionar el mejoramiento de las condiciones locativas, de dotación y privacidad de los espacios destinados a la atención, descanso y cuidado de los usuarios. Igualmente, resulta pertinente disponer de un medio de comunicación institucional, como un teléfono con acceso a llamadas y datos, que facilite el contacto oportuno con las familias, la atención de comunicaciones y el seguimiento de los usuarios, evitando depender de los dispositivos personales del talento humano y favoreciendo una comunicación más efectiva y continua.

Tipo de Unida	Nombre de la	Número de d	Regional del C	Número del C	Nombre de la	Código d	Nombre del C	Código de la u	Nombre de la	Modalidad	Nombre Tipo	Tipo d	Documento d	Primer Nomb	Segundo Nom	Primer apellic	Segundo apel	Fecha de naci	Edad de	Sexo del b	País de reside	Departament	Código del mu
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	MENOR DE SE	RC	1030005228	DEREK	MATEO	RAMOS	VELEZ	09/07/2026	0	Hombre	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	MENOR DE SE	RC	1087844519	KEIRA	LUCIANA	ESTACIO	CASTILLO	18/07/2026	0	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	MENOR DE SE	RC	1247469261	EMILIANO		TENORIO	GONGORA	27/05/2026	0	Hombre	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	MENOR DE SE	SD	16BF3C3CA46	ZOE	ANTONELLA	CASTRILLON	QUIÑONES	23/07/2026	0	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	MENOR DE SE	SD	3CA6395D2A(	SALOME		PALACIOS	CABEZAS	21/07/2026	0	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	MENOR DE SE	SD	68EA35E3BFD	ANAMARH		QUIÑONES	HERRERA	24/07/2026	0	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	MENOR DE SE	SD	7725DB6F5D2	ADHARA	ISABEL	PORTOCARRE	ZAMORA	17/07/2026	0	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	MENOR DE SE	SD	A482CAC1EC8	JEFFER	SANTIAGO	JIMENEZ	CUERO	08/07/2026	0	Hombre	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	NIÑO O NIÑA	RC	1085351153	GENESIS	DARIANA	HURTADO	ANGULO	09/01/2025	1	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	NIÑO O NIÑA	RC	1087221637	LESLIE	GERALDINE	QUIÑONES	ANGULO	03/05/2024	2	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	NIÑO O NIÑA	RC	1087222028	BRIANA	MARIA	PORTOCARRE	GUERRERO	25/08/2024	1	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	NIÑO O NIÑA	RC	1087222238	JOSE	DANIEL	DELGADO	ESPAÑA	26/09/2024	1	Hombre	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	NIÑO O NIÑA	RC	1087222776	ISA	ESTEFANIA	CASTRO	CAMPAZ	03/05/2025	1	Hombre	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	NIÑO O NIÑA	RC	1087223500	OSSI	YAREXIA	ZAMORA	MOSQUERA	23/10/2025	0	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	NIÑO O NIÑA	RC	1087842728	DAHIAN	MARIANI	ESPAÑA	MONTAÑO	15/03/2023	3	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	NIÑO O NIÑA	RC	1087843220	ZOE	YARELI	ORTIZ	QUIÑONES	30/09/2023	2	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	NIÑO O NIÑA	RC	1087843394	IKER	IVAN	MANCILLA	SEGURA	05/05/2024	2	Hombre	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	NIÑO O NIÑA	RC	1087843834	NATALIE	DAYANA	GUISAMANO	GIRON	11/05/2025	1	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	NIÑO O NIÑA	RC	1247468719	NARLIN	YISEL	CUENU	RUIZ	19/11/2024	1	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	NIÑO O NIÑA	RC	1247468826	JHON	SNEIDER	CASTILLO	ANGULO	29/04/2025	1	Hombre	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	NIÑO O NIÑA	RC	1247468866	HASMIN	CARLEIDY	PASTRANA	CORTES	26/06/2025	1	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	PERSONA GES	C.C.	1004603476	ANYALICIA		TORRES	QUIÑONES	23/08/1996	29	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	PERSONA GES	C.C.	1004603851	AZ	MACIANA	LASSO	TENORIO	28/08/1997	28	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	PERSONA GES	C.C.	1004612638	KATTY	GIMENA	ORDONEZ	OROBIO	18/06/2001	25	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	PERSONA GES	C.C.	1004614381	MARTHA	MILENA	RUIZ	ANGULO	10/12/1993	32	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	PERSONA GES	C.C.	1004614384	LUZ	MERY	ANGULO	ANGULO	21/11/1991	34	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	PERSONA GES	C.C.	1087076750	JULIA	ALEIDA	ANGULO	ORTIZ	10/06/2001	25	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	PERSONA GES	C.C.	1087117545	ANA		MARQUINEZ	ORDOÑEZ	08/05/1996	30	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	PERSONA GES	C.C.	1087121842	YESICA	ALEJANDRA	CAMPAZ	CAICEDO	25/06/2006	20	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	PERSONA GES	C.C.	1087127810	DIANA		QUIÑONES		18/07/1988	38	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	PERSONA GES	C.C.	1087189394	JULIETH		CALZADA	ANGULO	07/12/1991	34	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	PERSONA GES	C.C.	1087191325	YANIRA		DIAZ	CASTILLO	20/09/2000	25	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	PERSONA GES	C.C.	1087202357	KATTY		SANCHEZ		17/04/1995	31	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	PERSONA GES	C.C.	1087781470	KATTY	DURLEY	ITURRY	MARQUEZ	24/01/2001	25	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	PERSONA GES	C.C.	1087784145	LORENA		BIOJO	GRUESO	25/10/2000	25	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	PERSONA GES	C.C.	1087799697	ANA	LUCIA	PORTOCARRE	PRECIADO	07/04/2003	23	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	PERSONA GES	C.C.	1087807394	ANGELA	YISELA	VALENCIA	QUIÑONES	28/08/2004	21	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	PERSONA GES	C.C.	1087823244	RUBY	NATHALIA	GONSALEZ	HURTADO	20/03/2008	18	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	PERSONA GES	C.C.	1089538748	ALEIDA		PRADO	CORTES	28/05/1998	28	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	PERSONA GES	C.C.	1130644577	CILIA	YORLEIDA	QUIÑONES	ANGULO	18/12/1983	42	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	PERSONA GES	PA	30809168	MARLIN	YULIETH	MERLANO	DIAZ	14/04/2000	26	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	PERSONA GES	T.I.	1087800903	MARIA	JOSE	MAQUILON	GOMEZ	01/10/2007	18	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	PERSONA GES	T.I.	1087810430	KONNY	VALERIA	LANDAZURI	CAJARES	21/07/2009	17	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	PERSONA GES	T.I.	1087813768	SHARID	DANIELA	HURTADO	PRECIADO	13/03/2010	16	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	PERSONA GES	T.I.	1087814655	EYLEEN	JIMENA	CORTES	CASTRO	07/06/2010	16	Mujer	Colombia	Nariño	52835
Unidad de Ser	CENTRO HOSI	840001036	Nariño	52007992025	Nariño	52835	CZ TUMACO	52835116109	UDS_ZRN_SA	SERVICIO INTI	PERSONA GES	T.I.	1087816013	VALESKA	ALEJANDRA	VALESTEGUI	CORTES	16/06/2009	17	Mujer	Colombia	Nariño	52835

Municipio de	Zona de ubica	Nombre de la	Direccion de r	Teléfono del b	Fecha de aten	Tipo de res	Tipo de docur	Número de dc	Primer nombr	Segundo nom	Primer apellid	Segundo apel	Fecha de crea	Fecha de moc	Fecha de vinculación del beneficiario
San Andres Di	RESTO	OTRO	NUEVO AMAI	3233187997	09/07/2026	MADRE	C.C.	1004769050	YUDY	FELLINA	RAMOS	VELEZ	23/07/2026		09/07/2026
San Andres Di	CABECERA		CL ONCE DE N	3234596332	18/07/2026	MADRE	C.C.	1087801529	ANA	MILENA	CASTILLO	ORDOÑEZ	28/07/2026		18/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	CIUDADELA N	3118273490	24/07/2026	MADRE	C.C.	1004613303	CAMILA		GONGORA	GARCIA	22/06/2026	25/07/2026	24/07/2026
San Andres Di	CABECERA		CL LA Y B NOF	3175965814	23/07/2026	MADRE	C.C.	1087118989	YOELA	NULL	QUINONES	MARQUINEZ	28/07/2026		23/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	UNION VICTO	3150213942	21/07/2026	MADRE	C.C.	1010110435	ANDREA	NATHALIA	CABEZAS	ESPAÑA	25/07/2026		21/07/2026
San Andres Di	CABECERA		CL CIUDADELA	3147511388	24/07/2026	MADRE	C.C.	1006956553	ALEXANDRA		HERRERA	MENDOZA	29/07/2026		24/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	BARRIO LOS A	3217228879	17/07/2026	MADRE	CE	80438849	MILIS	YORLENIS	GARCIA	PORTOCARRE	22/07/2026		17/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	VILLA DUBAY	3138148106	08/07/2026	MADRE	C.C.	1087115767	LINA	GISELA	CUERO	SEVILLANO	17/07/2026		08/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	NUEVO MILEI	3183989861	09/07/2026	MADRE	T.I.	1087812528	ANNIE	YOJANA	HURTADO	ANGULO	05/05/2025	09/07/2026	09/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	B/ LAS AMERI	3171117838	29/07/2026	MADRE	C.C.	1087803431	KELLY	YURANI	ANGULO	QUIÑONES	16/11/2024	03/08/2026	29/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	NUEVO MILEI	3153660080	07/07/2026	MADRE	C.C.	1089798449	DIANA	FELISA	GUERRERO	PERLAZA	04/10/2024	07/07/2026	07/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	LOS ANGELES	3233731252	07/07/2026	MADRE	C.C.	1193527038	SANDRA	PATRICIA	ESPANA		23/02/2025	14/07/2026	07/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	VILLA LOLA	3015962778	24/07/2026	MADRE	C.C.	1130767407	HEIDY	KARINA	CAMPAS		06/05/2025	31/07/2026	24/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	BUENOS AIRE	3165714612	09/07/2026	MADRE	C.C.	1087208872	GLORIA	ALEXANDRA	CAICEDO	MOSQUERA	09/07/2026		09/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	NUEVO MILEI	3187946315	06/07/2026	MADRE	C.C.	1004639666	AIDI	NULL	MONTANO	BENAVIDES	04/05/2023	07/07/2026	06/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	NUEVO MILEI	3146042511	09/07/2026	MADRE	C.C.	1087789052	MARIA	CAMILA	ANGULO	CORTES	26/03/2024	10/07/2026	09/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	LA CHORRERA	3146967503	27/07/2026	MADRE	C.C.	1087185799	MAYRA	FERNANDA	SEGURA	YEPES	01/07/2024	31/07/2026	27/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	PUENTE MEDI	3166038845	17/07/2026	MADRE	C.C.	1087813672	MARI	SOLARI	GIRON		03/06/2025	17/07/2026	17/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	BARRIO EL CA	3185379161	15/07/2026	MADRE	T.I.	1140166369	PAULA	GISELA	RUIZ	ANGULO	26/02/2025	15/07/2026	15/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	BARRIO PADII	3223712943	10/07/2026	MADRE	C.C.	1004614443	KAREN		ANGULO		01/07/2025	14/07/2026	10/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	ESFUERZO 1	3001358060	09/07/2026	MADRE	C.C.	1087794609	JULY	FERNANDA	CORTES		01/08/2025	14/07/2026	09/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	NUEVO MILEI	3028401820	27/07/2026		C.C.	1004603476	ANYALICIA		TORRES	QUIÑONES	17/03/2016	27/07/2026	27/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	CARBONERA	3002082873	06/07/2026		C.C.	1004603851	KENNI	MACIANA	LASSO	TENORIO	18/06/2013	07/07/2026	06/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	NUEVO MILEI	3163411544	10/07/2026		C.C.	1004612638	KATTY	GIMENA	ORDONEZ	OROBIO	09/06/2013	14/07/2026	10/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	BARRIO EL CA	3185379161	15/07/2026		C.C.	1004614381	MARTHA	MILENA	RUIZ	ANGULO	16/03/2018	15/07/2026	15/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	BARRIO VIEN	3173047832	15/07/2026		C.C.	1004614384	LUZ	MERY	ANGULO	ANGULO	26/04/2015	15/07/2026	15/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	ESFUERZO 1	3187641169	09/07/2026		C.C.	1087076750	JULIA	ALEIDA	ANGULO	ORTIZ	08/07/2018	09/07/2026	09/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	CIUDAD 2000	3175815532	10/07/2026		C.C.	1087117545	ANA		MARQUINEZ	ORDOÑEZ	02/12/2013	14/07/2026	10/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	PUENTE LOS L	3154604833	10/07/2026		C.C.	1087121842	YESICA	ALEJANDRA	CAMPAZ	CAICEDO	18/06/2013	14/07/2026	10/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	NUEVO AMAI	3155775000	24/07/2026		C.C.	1087127810	DIANA		QUIÑONES		25/09/2014	25/07/2026	24/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	PUENTE 4	3146967599	24/07/2026		C.C.	1087189394	JULIETH		CALZADA	ANGULO	01/08/2022	25/07/2026	24/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	BARRIO LAS A	3208809528	24/07/2026		C.C.	1087191325	YANIRA		DIAZ	CASTILLO	20/04/2022	25/07/2026	24/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	EL JARDIN	3174180088	18/07/2026		C.C.	1087202357	KATTY		SANCHEZ		14/12/2013	23/07/2026	18/07/2026
San Andres Di	CABECERA		CL SAN FELIPE	3016785544	24/07/2026		C.C.	1087781470	KATTY	DURLEY	ITURRY	MARQUEZ	19/06/2013	28/07/2026	24/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	MASCAREY	3208976765	24/07/2026		C.C.	1087784145	LORENA		BIOJO	GRUESO	17/06/2013	25/07/2026	24/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	11 DE NOVIEI	3216841903	24/07/2026		C.C.	1087799697	ANA	LUCIA	PORTOCARRE	PRECIADO	09/04/2015	25/07/2026	24/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	NUEVO MILEI	3156045191	09/07/2026		C.C.	1087807394	ANGELA	YISELA	VALENCIA	QUIÑONES	09/04/2015	09/07/2026	09/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	NUEVO MILEI	3177031786	24/07/2026		C.C.	1087823244	RUBY	NATHALIA	GONSALEZ	HURTADO	09/04/2015	25/07/2026	24/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	NUEVO AMAI	3172637748	17/07/2026		C.C.	1089538748	ALEIDA		PRADO	CORTES	02/11/2017	17/07/2026	17/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	ONCE DE NOV	3157664970	09/07/2026		C.C.	1130644577	CILIA	YORLEIDA	QUIÑONES	ANGULO	26/02/2015	14/07/2026	09/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	NUEVO MILEI	3205000065	24/07/2026		PA	30809168	MARLIN	YULIETH	MERLANO	DIAZ	08/04/2022	25/07/2026	24/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	UNION VICTO	3176213486	07/07/2026	MADRE	C.C.	1087132708	WENDY	TATIANA	GOMEZ	ROMERO	29/06/2013	07/07/2026	07/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	LIBERTAD ETP	3168727824	06/07/2026	MADRE	C.C.	59668487	ANA	ALCIA	SINISTERRA	CORTES	14/11/2013	07/07/2026	06/07/2026
San Andres Di	CABECERA		CL PUENTE M	3172167478	24/07/2026	MADRE	C.C.	1004615685	JULI	PAOLA	HURTADO	PRECIADO	24/11/2017	28/07/2026	24/07/2026
San Andres Di	CABECERA		CL BARRIO OE	3135172009	24/07/2026	MADRE	C.C.	1004639305	PILAR	KATERINE	CASTRO	ANGULO	27/12/2013	28/07/2026	24/07/2026
San Andres Di	RESTO	OTRO	ESFUERZO 2	3018033242	17/07/2026	MADRE	C.C.	1057120867	MARICELA		CORTES	CORTES	09/04/2015	31/07/2026	17/07/2026

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): Nariño - Barbacoas Fecha: 07/07/2026

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 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 ETDN contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) Barrio villa Prestado 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) N·A
*Carné de control prenatal (si aplica) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) N·A

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Ana Leidy Chamorro Burbano

Tipo y No. del documento de identidad: CC. 1173600958 Firma Ana

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Marta Ormna Rivas Bastidas

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: CC. 1085397269

Firma: Marta Rivas

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 nombre _____ e identificado con el número de identidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sob

Scanned with 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**___ **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, Ana leidy Chamorro Barbano, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1123700758, 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.

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 CHDN, 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: Ana
Nombre: Ana leidy Chamorro Barbano
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3108700410
Fecha: 7-02-2025
Municipio: Barbacoas

Scanned with CamScanner

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): Nariño - Barbacoas Fecha: 07-07-2026

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 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 CHON contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) Barro Unbe 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 ____
*Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) X
*Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) N.A
*Carné de control prenatal (si aplica) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Angela Castillo Garcia

Tipo y No. del documento de identidad: CC. 1193098582 Firma Angela Castillo

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Maria Oriana Rivas Quintero

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: CC. 1085392269

Firma: Maria Oriana Rivas

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre

Scanned with 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**___ **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, Angela Castillo Garcia, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1193096587, 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.

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 CHDN, 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: Angela castillo
Nombre: Angela Castillo Garcia
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: ____ Representante legal/cuidador: ____
Teléfono de contacto: 3146292970
Fecha: 03-07-2026
Municipio: Barbacoas

Scanned with CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño - Barbacoas Fecha: 09-07-2026

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 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 C # DN _____ contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) Barrio bella horizonte 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 ____
*Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) X
*Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) N A
*Carné de control prenatal (si aplica) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) X

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Diva Landazury

Tipo y No. del documento de identidad: CC. 27176914 Firma Diva Landazury

Responsable de (nombre de la niña o niño) Asly Michel Quiñones Landazury

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Martha Oliva Ricaurte Quiñones

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: CC. 1085342760

Firma: Martha Ricaurte

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre

Scanned with 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**___ **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, Asly Michel Quintores landazaru, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1064836198, 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 C # D N, 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: Diva Landazaru
Nombre: Diva landazaru
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3506934965
Fecha: 07-07-2016
Municipio: Barbacoas

Scanned with CamScanner

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): Nariño - Barbacoas Fecha: 11 - 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 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 CHON contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) Barrio Inchalan 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) N.A
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) X

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Lina Marcela Palacios P.

Tipo y No. del documento de identidad: CC. 1004201705 Firma Lina

Responsable de (nombre de la niña o niño) Genesis Samary Mosquera Palacios

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Maria Olivia Rivas Quiñonez

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: cc. 1085342269

Firma: Maria Rivas

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 Genesis Samary Mosquera Palacios e identificado con el número de identidad 1087695801 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre

Scanned with 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, _____, 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 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 CHDN, en representación del ICBF, quien es responsable de captar fotografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o servicio Integrado de atención y Recuperación de la desnutrición

Suscriben:

Firma: Lina
Nombre: Lina Marcela Valdivieso Preciado
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3106108401
Fecha: 11-09-2026
Municipio: Barbacoas

Scanned with CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño - Barbacoas Fecha: 07-07-2026

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 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 CHON contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) Bajo Villa Fresco 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) N.A
*Carné de control prenatal (si aplica) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) N.A

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Lina Marcela Angulo Angulo

Tipo y No. del documento de identidad: CC. 1087113305 Firma Lina Angulo

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Martha Oriana Rivas Quiñones

Cargo: Gestora Comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: cc 1085342269

Firma: Martha Rivas

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre

Scanned with 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**___ **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, Lina Marcela Angulo Angulo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1081113305, 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.

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 CHDN, 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: Lina Angulo
Nombre: Lina Marcela Angulo Angulo
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: ___ Representante legal/cuidador: ___
Teléfono de contacto: 3117816635
Fecha: 7/07/2026
Municipio: Barbacoas

Scanned with CamScanner

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): Nariño - Barbacoas Fecha: 07-07-2026

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 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 CHDN contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) Barrio bella horizonte 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 ___
*Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) X
*Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) N.A
*Carné de control prenatal (si aplica) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ___

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Zuleiny Vanessa Castillo

Tipo y No. del documento de identidad: TI - 1004200907 Firma Zuleiny Castillo

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Marta Oriana Rivas Quiñonez

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: cc. 1085392269

Firma: Marta Rivas

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre

Scanned with 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**___ **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, Zuleiny Vanessa Castillo Quintero, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004200907, 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.

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 CHDN, 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: Zuleiny Castillo
Nombre: Zuleiny Vanessa Castillo Quintero
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: x Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3144690941
Fecha: 07-07-2026
Municipio: Barbacoas

Scanned with CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño - Magüi Payán Fecha: 01 - 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 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 CHDN contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) Barrio ciudadela 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) N.A
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) X

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Darlin yulieth Estupiñan

Tipo y No. del documento de identidad: cc. 1059517535 Firma Darlin Estupiñan

Responsable de (nombre de la niña o niño) Eithan Gael Cabezas Estupiñan

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Marta Oriana Pivas Quiñones

Cargo: Gestora Comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: cc. 1085342269

Firma: Marta Pivas

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 Eithan Gael Cabezas Estupiñan e identificado con el número de identidad 1085516706 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre

Scanned with 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, _____, 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 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 CHDN, en representación del ICBF, quien es responsable de captar fotografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o servicio integración de atención y prevención de la desnutrición

Suscriben:

Firma: Darlín Estupiñan
Nombre: Darlin Yulieth Estupiñan Angulo
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: X Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3203044331
Fecha: 01-07-2026
Municipio: Magui Payan

Scanned with CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño - Roberto Payan Fecha: 11-07-2026

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 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 CHDN contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) Barrio primavera dos 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) N.A
*Carné de control prenatal (si aplica) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) N.A

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Adriana Eloisa Angulo

Tipo y No. del documento de identidad: CC. 1004747026 Firma Adriana Angulo

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Marta Oriana Rivas Quiñones

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: cc. 1085327289

Firma: Marta Rivas

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre

Scanned with 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**___ **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, Adriana Eloisa Angulo Angulo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004749026, 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.

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 CHDN, 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: Adriana Angulo
Nombre: Adriana Eloisa Angulo Angulo
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: ____ Representante legal/cuidador: ____
Teléfono de contacto: 3126817416
Fecha: 11/03/2026
Municipio: Roberto Payan

Scanned with CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño - Barbacoas Pastrana Fecha: 11-07-2026

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 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 CHDN contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) Vereda Gaucaro 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) NA
*Carné de control prenatal (si aplica) V
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) N.A

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Amanda Quiñones Pastrana

Tipo y No. del documento de identidad: Cc. 1089540474 Firma amanda quiñones

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Maritza Oriana Pinos Guanoluisa

Cargo: Gestora Comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: cc 1085312769

Firma: Maritza Pinos

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre

Scanned with 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**___ **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, Amanda Quiñones Pastrana, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1082940074, 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.

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 CHDN, 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: amanda Quiñones
Nombre: Amanda Quiñones Pastrana
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: ____ Representante legal/cuidador: ____
Teléfono de contacto: 3117816635
Fecha: Amo 11-07-2026
Municipio: Roberto Payan

Scanned with CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño - Roberto Payan Fecha: 11-07-2026

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 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 EHDN contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) Barrio Nuevo amanecer 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 ___
*Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) X
*Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) N.A
*Carné de control prenatal (si aplica) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ___

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Camila Lucelly Valencia Castillo

Tipo y No. del documento de identidad: cc. 1144082640 Firma Camila Valencia

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Marta Oliva Rivas Quiñonez

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: cc. 1085342769

Firma: Marta Rivas

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre

Scanned with 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___ 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, Camila Lucelly Valencia Castillo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1144082640, 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.

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 CHDN, en representación del ICBF, quien es responsable de captar fotografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o servicio integrada de atencion y prevencion de la desnutricion

Suscriben:

Firma: Camila Valencia
Nombre: Camila Lucelly Valencia Castillo
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: ____ Representante legal/cuidador: ____
Teléfono de contacto: 3225361216
Fecha: 11-07-2026
Municipio: Roberto Payan

Scanned with CamScanner

ugar (departamento y municipio): Nariño tumaco Fecha: 17-07-26

presente formato tiene como finalidad:

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

claración del Usuario:

e han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá familia por parte del talento humano que hace parte del servicio Delegado de Atencion y prevencion de la desnutricion. Igualmente, e han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos alicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad ministrativa competente del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF.

r lo tanto, autorizo al talento humano del responsable de la operación E.S.E. centro hospital sino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de icación del lugar de residencia del usuario) B/ los Angeles ra realizar con mi familia acciones relacionadas con la implementación del servicio (valoración y seguimiento l estado nutricional, visitas en el hogar de fortalecimiento familiar, entre otros). Así mismo aporto los uientes documentos de la persona que hará parte del servicio:

rque con una X)
cumentos de identidad X
rné de vacunación X
liación a SGSSS (soporte físico o virtual) ____
rné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
rné de control prenatal (si aplica) ____
cumento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

mbre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Milis Yorleni Garcia

o y No. del documento de identidad: 0804388449 Firma: [signature]

sponsable de (nombre de la niña o niño) ADHARA Isabel Portocarrero Zamora

mbre completo de persona que diligencia el presente formato: NARLY HEIDY MOLINA QUIÑONES

rgo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

na: Narly Molina

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

en suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el mbre ADHARA Isabel portocarrero zamora e identificado con el número de ntidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes re protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el creto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e quívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier dio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención omoción 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.

Powered by CamScanner

uario mujer o persona gestante-

_____, quien suscribe el presente documento, identificado on documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas tes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e ívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier io físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención omoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar F) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se zarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, s y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

ifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la lección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos sonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que nta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, car la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales senciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 30 80.

conozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda na alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra sona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

productos autorizados son originados por el responsable de la operación E. centro hospital Divino Niño en representación del ICBF, quien es responsable de captar ografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o vicio Integrado de Atención y prevención de la desnutrición

scriben:

ma: Yorleny
mbre: Milis Yorleni García
lidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: __X__
léfono de contacto: 3247228879
cha: 17-07-26
nicipio: Tumaco

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 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): Nariño Tumaco Fecha: 17-07-26

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 Atencion y prevencion de la desnutricion. 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 E.S.E. centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ Nuevo amanecer 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 ____
*Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) ____
*Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
*Carné de control prenatal (si aplica) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Aleida prado cortes

Tipo y No. del documento de identidad: 1089538748 Firma Aleida Prado

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NALLY Heidy MURA QUIÑONEZ

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: NALLY MURA

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 nombre _____ e identificado con el número de identid _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sob

Powered by CamScanner

otección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto acional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI** X **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al stituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, lectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción e derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus ctuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante l 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, _____, 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 cualquie medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevenció y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familia (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que s realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niño 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 recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Da Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información perso revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los cana presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me ad suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor al por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquie 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 ope E.S.E Centro Hospital Divino Niño en representación del ICBF, quien es responsable de fotografías para su posterior divulgación en el proyecto servicio Integrado de Atención y prevención de la desnutrición

Suscriben:

Firma: Alexdes Prado Cortes.
Nombre: Alexda prado cortes
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: X Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3186200116
Fecha: 17-07-26
Municipio: Nariño Tumaco

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño Tumaco Fecha: 24-07-26

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 E.S.E. centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ 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) ____
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) X
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Marlin Yolie Nerlano
Tipo y No. del documento de identidad: pasaporte 30809168 Firma: Marlin Nerlano
Responsable de (nombre de la niña o niño) _____
Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NAZLY Heidy MEZA Quiñones
Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683
Firma: NAZLY MEZA

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 nombre _____ e identificado con el número de identi _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes s

Powered by CamScanner

tección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto cional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al tituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ctrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus tuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Usuario mujer o persona gestante-

o, _____, quien suscribe el presente documento, identificado) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas gentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier edio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se ealizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, iñas 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 ecolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que uenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, evocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales resenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 1 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda uma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno or concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ersona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

os productos autorizados son originados por el responsable de la operación E.S.E. centro hospitalario nuevo en representación del ICBF, quien es responsable de captar otografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o ervicio Integrado de Atencion y prevencion de la desnutricion

Suscriben:

Firma: X Marlin Merlano
Nombre: Marlin Yulieth Merlano
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3205000065
Fecha: 24-07-26
Municipio: Tumaco

Powered by CamScanner

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): Nariño tumaco Fecha: 06-07-26

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 E.S.E. centro hospital divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ libertad por el taller la perla 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 ____
Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) ____
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) ____
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Konny valeria landazuri C.

Tipo y No. del documento de identidad: 1087810430 Firma Konny Valeria Landazu

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NARLY HELDY MERA QUIÑONEZ

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: NARLY MERA

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

1. Usuario menor de cinco años-

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con nombre _____ e identificado con el número de identid _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sol

Powered by CamScanner

otección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto acional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al stituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus uales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Usuario mujer o persona gestante-

_____, quien suscribe el presente documento, identificado con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas entes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e quívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier dio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención omoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar BF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se zarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, s y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

ifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la lección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos onales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que ta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, ar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales nciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 80.

nozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno ncepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra na, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

productos autorizados son originados por el responsable de la operació centro hospital Divino Niño en representación del ICBF, quien es responsable de capta ifías para su posterior divulgación en el proyecto y integrado de Atención y prevención de la Desnutricion

ben:

Konny Valeria landazuri C.
e: konny valeria landazuri
d: *(Marque con una X)* Titular: X Representante legal/cuidador: _____
no de contacto: 3168777824
06-07-26
bio: tomaco

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

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño tumaco Fecha: 10 - 07 - 2025

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 E.S.E. centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/nuevo milenio punta los tovos 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 ____
Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) X
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) X
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Yesica Alexandra campos

Tipo y No. del documento de identidad: 1087121842 Firma: Yesica C.

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NAZLY HEIDY MUÑA RAMONES

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: NAZLY MUÑA

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

Powered by CamScanner

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el nombre _____ e identificado con el número de identidad _____ 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.

b. Usuario mujer o persona gestante-

Yo, Yesica Alexandra campaz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1087121842, 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 S.E. centro hospital Divino Niño 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

Inscriben:

Firma: x Yesica C.
Nombre: Yesica Alexandra campaz
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: X
Teléfono de contacto: 3154604833 - 3150649198

Powered by CamScanner

ıgar (departamento y municipio): Nariño - Tumaco Fecha: 06-07-26

presente formato tiene como finalidad:

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

eclaración del Usuario:

e han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá i familia por parte del talento humano que hace parte del servicio Integrado de Atencion y Prevencion dela Desnutricion. Igualmente, e han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos alicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad lministrativa competente del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF.

or lo tanto, autorizo al talento humano del responsable de la operación E.S.E centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ɔicación del lugar de residencia del usuario) Nuevo Milenio. ara realizar con mi familia acciones relacionadas con la implementación del servicio (valoración y seguimiento el estado nutricional, visitas en el hogar de fortalecimiento familiar, entre otros). Así mismo aporto los guientes documentos de la persona que hará parte del servicio:

larque con una X)
locumentos de identidad ___
arné de vacunación ____
filiación a SGSSS (soporte físico o virtual) ____
arné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
arné de control prenatal (si aplica) _____
locumento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) _____

ombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Aidi Montaño Benavides.

po y No. del documento de identidad: 1004639666 Firma Aidy Montaño

esponsable de (nombre de la niña o niño) Dahian Mariani España Montaño.

ombre completo de persona que diligencia el presente formato: NARLY HELOY MEZA QUIÑONES

argo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

rma: Narly Meza

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

Powered by CamScanner

uien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el ombre Dahian Mariani España Montaño e identificado con el número de identidad 1087842728. de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre otección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto acional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI** X **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al stituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción e derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus ctuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

. Usuario mujer o persona gestante-

o, _____, quien suscribe el presente documento, identificado) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas gentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier edio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se alizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, ñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

anifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la colección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que uenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, vocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales esenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 800 1 80 80.

econozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuc ma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor algu r concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier ot rsona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

s productos autorizados son originados por el responsable de la operac Sa centro hospital Divino Niño, en representación del ICBF, quien es responsable de ca ografías para su posterior divulgación en el proyecto rvicio integrado de Atención y prevención de la desnutrición

scriben:

ma: Aidy Montaño
mbre: Aidi Montaño Benavides.
lidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: X
léfono de contacto: 3187946315

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MT6.PP	31/03/2025
BIENESTAR FAMILIAR	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

ugar (departamento y municipio): Nariño Tumaco Fecha: 09-07-26

presente formato tiene como finalidad:

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

eclaración del Usuario:

e han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá familia por parte del talento humano que hace parte del servicio tegrado de Atencion y prevencion de la Desnutricion Igualmente, e han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos alicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad ministrativa competente del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF.

r lo tanto, autorizo al talento humano del responsable de la operación E.S.E centro hospital uino niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de icación del lugar de residencia del usuario) B/milenio segundo puente don modesto ra realizar con mi familia acciones relacionadas con la implementación del servicio (valoración y seguimiento l estado nutricional, visitas en el hogar de fortalecimiento familiar, entre otros). Así mismo aporto los uientes documentos de la persona que hará parte del servicio:

arque con una X)
ocumentos de identidad X
arné de vacunación X
iliación a SGSSS (soporte físico o virtual) ____
arné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) X
arné de control prenatal (si aplica) ____
ocumento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) X

mbre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Deisi Yulie Quiñones

o y No. del documento de identidad: 1087805270 Firma Deisy Quiñones

sponsable de (nombre de la niña o niño) Sor Yarely Ortiz Quiñones

mbre completo de persona que diligencia el presente formato: NARLY HELIDY MEZA QUIÑONES

rgo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

ma: NARLY MEZA

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

Powered by CamScanner

ien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el mbre _____ e identificado con el número de identidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre tección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto cional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al tituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ctrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus uales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante lesarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Jsuario mujer o persona gestante-

_____, quien suscribe el presente documento, identificado con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas ntes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e uívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier lio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención omoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar BF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se zarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, s y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

ifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la lección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos onales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que ta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, car la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales enciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 0 80.

nozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda a alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno oncepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

productos autorizados son originados por el responsable de la operación el centro Hospital Divino Niño en representación del ICBF, quien es responsable de captar rafías para su posterior divulgación en el proyecto y/o cio Integrado de Atencion y Prevencion de la Desnutricion

iben:

: YDEISY QUIÑONES
re: Deisy Quiñones
id: *(Marque con una X)* Titular: ___ Representante legal/cuidador: X
no de contacto: 3234016957

¡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.

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 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

ugar (departamento y municipio): Nariño Tumaco Fecha: 10 - Julio - 2026.

presente formato tiene como finalidad:

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

eclaración del Usuario:

e han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá i familia por parte del talento humano que hace parte del servicio Integrado de Atencion y prevencion de la Desnutricion Igualmente, e han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos alicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad lministrativa competente del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF.

or lo tanto, autorizo al talento humano del responsable de la operación E.S.E centro hospital Luis Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de icación del lugar de residencia del usuario) B/ padilla frente Gladicita ra realizar con mi familia acciones relacionadas con la implementación del servicio (valoración y seguimiento el estado nutricional, visitas en el hogar de fortalecimiento familiar, entre otros). Así mismo aporto los guientes documentos de la persona que hará parte del servicio:

larque con una X)
ocumentos de identidad X
arné de vacunación X
filiación a SGSSS (soporte fisico o virtual) ____
arné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
arné de control prenatal (si aplica) ____
ocumento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) X

ombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Karen maria angulo muñoz

po y No. del documento de identidad: 1004614443 Firma: Karen

esponsable de (nombre de la niña o niño) Jhon snaider castillo

ombre completo de persona que diligencia el presente formato: NAZLY MARA QUIÑONES

argo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

rma: NAZLY MARA

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

ien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el nbre Jhon snaider castillo e identificado con el número de identidad 1.47468626 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre

Powered by CamScanner

otección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto acional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al stituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción e derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus tuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Usuario mujer o persona gestante-

o, _____, quien suscribe el presente documento, identificado) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas gentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier edio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se alizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, ñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

lanifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la colección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con qu uenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información persona vocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canale esenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 80(1 80 80.

econozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeu uma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor algu or concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier c ersona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

os productos autorizados son originados por el responsable de la opera E.S.E. centro hospital Divino niño en representación del ICBF, quien es responsable de ca otografías para su posterior divulgación en el proyecto ervicio Integrado de Atención de la desnutrición

uscriben:

irma: Karen
ombre: Karen Maria Angulo Muñoz
alidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: X
eléfono de contacto: 3223712943 - 3113248938.
echa: 10-07-26
lunicipio: Tumaco.

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño Tumaco Fecha: 27-07-26

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 E.S.E. centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ Nuevo milenio vía Mosquera 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 ____
Carné de vacunación X
Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) ____
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) X
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Any Alicia Any Alicia Torres

Tipo y No. del documento de identidad: 1004603476 Firma: Any Torres

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NAZLY Heidy MUÑOZ Quiñonez

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: NAZLY MUÑOZ

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ 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.

Powered by CamScanner

Usuario mujer o persona gestante-

_____, quien suscribe el presente documento, identificado con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas entes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente r el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e quívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier dio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención romoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se alizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, las y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

anifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la colección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos rsonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que enta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, vocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales esenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 80 80.

econozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda ma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno r concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra rsona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

s productos autorizados son originados por el responsable de la operación S.S. centro hospital divino niño, en representación del ICBF, quien es responsable de captar ografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o rvicio integrado de Atención y prevención de la desnutrición

scriben:

rma: X Any torres
ombre: Any Alicia torres
alidad: *(Marque con una X)* Titular: X Representante legal/cuidador: _____
léfono de contacto: 3028401870
echa: _____
unicipio: Tumaco

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño - Tumaco Fecha: 24 julio 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 Atencion y prevencion de la Desnutricion. 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 Centro Hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ 11 de noviembre 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) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Ana Lucia Portocarrero P.

Tipo y No. del documento de identidad: cc. 1087799697 Firma Ana Portocarrero

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Lucelly Lesmes Montaño

Cargo: Gestora Comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: cc 1087129444

Firma: Lucelly Lesmes

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ 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___ 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, Ana Lucia Portocarrero P., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1083799693, 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.

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 Este Centro Hospital Durmo mijoen 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: Ana Portocarrero
Nombre: Ana Lucia Portocarrero P.
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: X Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3216841903
Fecha: 24 julio 2024
Municipio: Tumaco

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Pasto – Tumaco Fecha: 10 julio 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 Atencion y Prevencion de la Desnutricion. 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 Est Centro Hospitalario Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) Bl Ciudad 2000 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) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Ana Patricia Hoyuñez

Tipo y No. del documento de identidad: Ce. 1082117541 5 Firma Ana Patricia M.

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Lucelly Lorena Montano

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: cc. 1087129444

Firma: Lucelly Lorena

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ 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___ 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, Ana Patricia Marquinez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1087117545, 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.

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 Este Centro Hospital Divino Niño, 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: Ana Patricia M.
Nombre: Ana Patricia Marquinez
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: x Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3175815532
Fecha: 10 Julio 2016
Municipio: Timaco

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MT6.PP	31/03/2025
ENESTAR AMILIAR	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

gar (departamento y municipio): Nariño Tumaco Fecha: 24-07-26

resente formato tiene como finalidad:

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

claración del Usuario:

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

lo tanto, autorizo al talento humano del responsable de la operación E.S.E centro hospital ivino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de cación del lugar de residencia del usuario) B/ ciudadela esfuerzo 2 a realizar con mi familia acciones relacionadas con la implementación del servicio (valoración y seguimiento estado nutricional, visitas en el hogar de fortalecimiento familiar, entre otros). Así mismo aporto los uientes documentos de la persona que hará parte del servicio:

rque con una X)
cumentos de identidad ____
rné de vacunación X
iliación a SGSSS (soporte físico o virtual) ____
rné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
rné de control prenatal (si aplica) ____
cumento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

mbre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Alexandra Herrera

o y No. del documento de identidad: 1006 956553 Firma: Alexandra Herrera

sponsable de (nombre de la niña o niño) ANA MARIA Quiñones Herrera

mbre completo de persona que diligencia el presente formato: NAZLY HELENA MERA QUIÑONES

rgo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 5301683

ma: NAZLY MERA

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

ien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el mbre ANA MARIA Quiñones Herrera e identificado con el número de ntidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes bre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el creto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier edio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención romoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se alizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, ñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

Powered by CamScanner

Usuario mujer o persona gestante-

), _____, quien suscribe el presente documento, identificado) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas gentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente r el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI___ NO___** autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier edio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se alizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, ñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

anifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la colección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que enta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, vocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales esenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 80 80.

econozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda ma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno r concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ersona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

os productos autorizados son originados por el responsable de la operación E.S.E centro hospital divino niño en representación del ICBF, quien es responsable de captar tografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o rvicio integrado de Atencion y prevencion de la Desnutricion

uscriben:

rma: Alexandra Herrera M.
ombre: Alexandra Herrera
alidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: X
léfono de contacto: _____
cha: 24-07-26
unicipio: Tumaco

¡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.

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño tumaco Fecha: 24-07-76

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 prevencion de la desnutricion 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 E.S.E. centro Hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ la playa x la cabuyera 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) ____
*Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
*Carné de control prenatal (si aplica) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): yanira Diaz castillo

Tipo y No. del documento de identidad: 1087191325 Firma: Yanira Diaz

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: DALY Heidy Mera Quiñones

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683683

Firma: DALY Mera

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre

Powered by CamScanner

rotección 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 nstituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, lectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción le derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus ctuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante l desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, n el respeto de sus derechos fundamentales.

. 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 igentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e nequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier nedio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención 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 ealizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, iñas 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 ecolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que uenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, evocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales resenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 1 80 80.

econozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda uma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno or concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ersona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

os productos autorizados son originados por el responsable de la operación S.a. centro hospital Divino niño, en representación del ICBF, quien es responsable de captar tografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o ervicio Integrado de Atencion y prevencion de la desnutricion

uscriben:

Firma: X Yanira Diaz
Nombre: yanira Diaz castillo
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: __X__ Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3208809528
Fecha: 24-07-26
Municipio: Tumaco Nariño

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 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): NARIÑO -TUMACO Fecha: 6-07-26

El presente formato tiene como finalidad:

I. *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 Entregado 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 Centro Hospital Nuevo Nariño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) Robles 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) ____
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) X
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Kenny Lasso Tenorio

Tipo y No. del documento de identidad: 1004603851 Firma X KENNY LASSO T.

Responsable de (nombre de la niña o niño) ____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Nazly Heidy Mera Quiñones

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: NAZLY MERA

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

Powered by CamScanner

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el nombre _____ e identificado con el número de identidad _____ 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.

Usuario mujer o persona gestante-

), KENNY LASSO TENORIO., quien suscribe el presente documento, identificado con documento de identidad número 1.004.607.851, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente 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 promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar BF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se izarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, as y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

ifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la lección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos onales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que ta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, ar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales nciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 80.

ozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno ncepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra a, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

productos autorizados son originados por el responsable de la operación centro Hospital Divino Niño en representación del ICBF, quien es responsable de captar ías para su posterior divulgación en el proyecto y/o Integrado de Atencion y prevencion de la Desnutricion

en:

KENNY LASSO T.
Kenny mauricio lasso
(Marque con una X) Titular: X Representante legal/cuidador: _____
de contacto: 3002082973

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño Tumaco Fecha: 18-07-26

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 E.S.E. centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ ciudadela 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) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Kathy Veronica Sanchez Vente

Tipo y No. del documento de identidad: 1087202357 Firma: Sanchez Kathy

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Nazly Heidy Meza Quiñones

Cargo: Gestora comunitario Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: Nazly Meza

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre

Powered by CamScanner

rotección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto acional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al ıstituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, lectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción e derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus ctuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante l desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, n el respeto de sus derechos fundamentales.

. Usuario mujer o persona gestante-

o, _____, quien suscribe el presente documento, identificado a) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas gentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI** x **NO**___ autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier ıedio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se alizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, ñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

anifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la colección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que ıenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, vocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales esenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 80 80.

econozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda ıma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno or concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ersona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

os productos autorizados son originados por el responsable de la operación S.E centro hospital Divino Niño, en representación del ICBF, quien es responsable de captar ıtografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o ervicio Integrado de Atención y prevención de la desnutrición

uscriben:

irma: x Sanchez Katty
lombre: Katty veronica sanchez vente
alidad: *(Marque con una X)* Titular: __X__ Representante legal/cuidador: _____
eléfono de contacto: 3174180088
echa: 18-07-26
lunicipio: Tunaco

¡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.

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño Tumaco Fecha: 09-07-26

El presente formato tiene como finalidad:

. *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:

Se 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 Atencion y prevencion de la Desnutricion. Igualmente, se 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 E.S.E. centro hospital divino niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ milenio puente don modesto 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) ____
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) X
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Angela Valencia Quiñones

Tipo y No. del documento de identidad: 1087807394 Firma X Angela Valencia

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NARLY HEIDY MERA QUIÑONES

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: NARLY MERA

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

. **Usuario menor de cinco años-**

Powered by CamScanner

ıien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el ımbre _____ e identificado con el número de identidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre otección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto acional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al stituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus tuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Usuario mujer o persona gestante-

o, Angela Yisela Valencia Quiñones, quien suscribe el presente documento, identificado) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas gentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier edio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se ealizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, ñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

anifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la colección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos rsonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que enta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, ocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales senciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 30 80.

onozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda a alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno oncepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra na, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

productos autorizados son originados por el responsable de la operación centro hospital Divino Niño, en representación del ICBF, quien es responsable de captar nfías para su posterior divulgación en el proyecto y/o Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición

en:

Angela Valencia
: Angela valencia
(Marque con una X) Titular: X Representante legal/cuidador: _____
de contacto: 3156045191

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño - Tumaco Fecha: 9 de Julio 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 Atencion y Prevencion de la Desnutricion. 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 centro Hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) Bl Once de Noviembre 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 fisico o virtual) X
*Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
*Carné de control prenatal (si aplica) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Cilia Yaneida Quiñones Angulo

Tipo y No. del documento de identidad: cc 1130644544 Firma: Cilia Quiñones

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Locelly Leoxon Montaño

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: cc. 1087129444

Firma: Locelly Leoxon

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ 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**___ **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, Cilia Yoleida Quiñones, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1130644552, 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.

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 Centro Hospital Divino Niño, 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: Cilia Quiñones
Nombre Cilia Yoleida Quiñones Anzola.
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: X Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3157664970 - 3219269454.
Fecha: 9 de Julio 2026
Municipio: Tumaco

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño Tumaco Fecha: 24-07-26

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 E.S.E. centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ 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) ____
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) X
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Marlin Yolie Nerlano
Tipo y No. del documento de identidad: pasaporte 30809168 Firma: Marlin Nerlano
Responsable de (nombre de la niña o niño) _____
Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NAZLY Heidy MEZA Quiñones
Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683
Firma: NAZLY MEZA

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 nombre _____ e identificado con el número de identi _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes s

Powered by CamScanner

tección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto cional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al tituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ctrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus tuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Usuario mujer o persona gestante-

o, _____, quien suscribe el presente documento, identificado) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas gentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier edio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se ealizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, iñas 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 ecolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que uenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, evocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales resenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 1 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda uma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno or concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ersona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

os productos autorizados son originados por el responsable de la operación E.S.E. centro hospitalario nuevo en representación del ICBF, quien es responsable de captar otografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o ervicio Integrado de Atencion y prevencion de la desnutricion

Suscriben:

Firma: X Marlin Merlano
Nombre: Marlin Yulieth Merlano
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3205000065
Fecha: 24-07-26
Municipio: Tumaco

Powered by CamScanner

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): Nariño tumaco Fecha: 06-07-26

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 E.S.E. centro hospital divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ libertad por el taller la perla 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 ____
Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) ____
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) ____
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Konny valeria landazuri C.

Tipo y No. del documento de identidad: 1087810430 Firma Konny Valeria Landazu

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NARLY HELDY MERA QUIÑONEZ

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: NARLY MERA

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

1. Usuario menor de cinco años-

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con nombre _____ e identificado con el número de identid _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sol

Powered by CamScanner

otección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto acional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al stituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus uales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Usuario mujer o persona gestante-

_____, quien suscribe el presente documento, identificado con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas entes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e quívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier dio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención omoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar BF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se zarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, s y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

ifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la lección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos onales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que ta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, ar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales nciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 80.

nozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno ncepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra na, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

productos autorizados son originados por el responsable de la operació centro hospital Divino Niño en representación del ICBF, quien es responsable de capta ifías para su posterior divulgación en el proyecto y integrado de Atención y prevención de la Desnutricion

ben:

Konny Valeria landazuri C.
e: konny valeria landazuri
d: *(Marque con una X)* Titular: X Representante legal/cuidador: _____
no de contacto: 3168777824
06-07-26
bio: tomaco

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

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño tumaco Fecha: 10 - 07 - 2025

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 E.S.E. centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/nuevo milenio punta los tovos 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 ____
Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) X
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) X
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Yesica Alexandra campos

Tipo y No. del documento de identidad: 1087121842 Firma: Yesica C.

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NAZLY HEIDY MUÑA RAMONES

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: NAZLY MUÑA

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

Powered by CamScanner

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el nombre _____ e identificado con el número de identidad _____ 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.

b. Usuario mujer o persona gestante-

Yo, Yesica Alexandra campaz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1087121842, 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 S.E. centro hospital Divino Niño 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

Inscriben:

Firma: x Yesica C.
Nombre: Yesica Alexandra campaz
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: X
Teléfono de contacto: 3154604833 - 3150649198

Powered by CamScanner

ıgar (departamento y municipio): Nariño - Tumaco Fecha: 06-07-26

presente formato tiene como finalidad:

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

eclaración del Usuario:

e han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá i familia por parte del talento humano que hace parte del servicio Integrado de Atencion y Prevencion dela Desnutricion. Igualmente, e han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos alicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad lministrativa competente del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF.

or lo tanto, autorizo al talento humano del responsable de la operación E.S.E centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ɔicación del lugar de residencia del usuario) Nuevo Milenio. ara realizar con mi familia acciones relacionadas con la implementación del servicio (valoración y seguimiento el estado nutricional, visitas en el hogar de fortalecimiento familiar, entre otros). Así mismo aporto los guientes documentos de la persona que hará parte del servicio:

larque con una X)
locumentos de identidad ___
arné de vacunación ____
filiación a SGSSS (soporte físico o virtual) ____
arné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
arné de control prenatal (si aplica) _____
locumento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) _____

ombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Aidi Montaño Benavides.

po y No. del documento de identidad: 1004639666 Firma Aidy Montaño

esponsable de (nombre de la niña o niño) Dahian Mariani España Montaño.

ombre completo de persona que diligencia el presente formato: NARLY HELOY MEZA QUIÑONES

argo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

rma: Narly Meza

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

Powered by CamScanner

uien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el ombre Dahian Mariani España Montaño e identificado con el número de identidad 1087842728. de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre otección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto acional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI** X **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al stituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción e derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus ctuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

. Usuario mujer o persona gestante-

o, _____, quien suscribe el presente documento, identificado) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas gentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier edio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se alizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, ñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

anifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la colección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que uenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, vocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales esenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 800 1 80 80.

econozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuc ma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor algu r concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier ot rsona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

s productos autorizados son originados por el responsable de la operac Sa centro hospital Divino Niño, en representación del ICBF, quien es responsable de ca ografías para su posterior divulgación en el proyecto rvicio integrado de Atención y prevención de la desnutrición

scriben:

ma: Aidy Montaño
mbre: Aidi Montaño Benavides.
lidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: X
léfono de contacto: 3187946315

Powered by CamScanner

ugar (departamento y municipio): Nariño Tumaco Fecha: _____

presente formato tiene como finalidad:

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

claración del Usuario:

e han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá familia por parte del talento humano que hace parte del servicio tegrado de Atención y prevencion de la desnutrición. Igualmente, e han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos alicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad lministrativa competente del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF.

or lo tanto, autorizo al talento humano del responsable de la operación E.S.E. centro hospital uino Nuño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de icación del lugar de residencia del usuario) B/ Nuevo amanecer ra realizar con mi familia acciones relacionadas con la implementación del servicio (valoración y seguimiento el estado nutricional, visitas en el hogar de fortalecimiento familiar, entre otros). Así mismo aporto los guientes documentos de la persona que hará parte del servicio:

larque con una X)
ocumentos de identidad X
arné de vacunación X
filiación a SGSSS (soporte físico o virtual) ____
arné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
arné de control prenatal (si aplica) ____
ocumento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

ombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): YUDY ELLINA Ramos Velez

po y No. del documento de identidad: 1004769050 Firma Ramos Yudi

esponsable de (nombre de la niña o niño) DERCK Mateo Ramos Velez

ombre completo de persona que diligencia el presente formato: NAZLY HEIDY MEZA QUIÑONES

argo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

rma: NAZLY MEZA

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

uien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el ombre DERCK Mateo Ramos Velez e identificado con el número de identidad 1030005228 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre

Powered by CamScanner

tección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto cional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al ituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ctrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus uales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante lesarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Usuario mujer o persona gestante-

, _____, quien suscribe el presente documento, identificado con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas ientes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente r el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier edio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención romoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se alizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, ñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

anifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la colección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que uenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, vocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales esenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 1 80 80.

econozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda uma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno or concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ersona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

os productos autorizados son originados por el responsable de la operación E.S.E centro hospital Divino niño, en representación del ICBF, quien es responsable de captar otografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o ervicio Integrado de Atención y prevención de la desnutrición

Suscriben:

Firma: Ramos Yudi
Nombre: Yudy Fellina Ramos Velez
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____Representante legal/cuidador: ___X___
Teléfono de contacto: 3233187997
Fecha: 09-07-26
Municipio: Tumaco

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño - Tumaco Fecha: 24 Julio 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 Atencion y Prevencion de la Desnutricion. 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 Centro Hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/. Nuevo Amanecer 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) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Diana Quiñones Q.

Tipo y No. del documento de identidad: CC 1087127810 Firma diana quiñones

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Lucelly Lasso Montano

Cargo: Gestora Comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: CC 1087129444

Firma: Lucelly Lasso

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ 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**___ **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, Diana Quiñones, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1083127810, 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.

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 Centro Hospital Divino Niño 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: diana quiñones
Nombre: Diana Quiñones Q.
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: x Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 315 293 5000
Fecha: 24 julio 2026
Municipio: Tumaco

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño - Tumaco Fecha: 24 Julio 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 Atencion y Prevencion de la Desnutricion. 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 Centro Hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) _____ 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) ____
*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): Camilo Fernando Gongora

Tipo y No. del documento de identidad: c.c. 1004.613.303 Firma _____

Responsable de (nombre de la niña o niño) Emiliano Tenorio Gongora

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Lucelly Lasso Montaño

Cargo: Gestora Comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: c.c. 1089129444

Firma: Lucelly Lasso

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

a. Usuario menor de cinco años-

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___ 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, _____, 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 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 Centro Hospital Divino Niño, 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: _____
Nombre: Camilo Fernando Gongora
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: X
Teléfono de contacto: 311 827 3490
Fecha: _____
Municipio: Tornaco

Powered by CamScanner

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): Nariño - Tumaco. Fecha: 24 Julio 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 Internado de Atencion y Prevencion de la Desnutricion. 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 centro Hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ obrero 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) ____
*Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
*Carné de control prenatal (si aplica) ____
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): EYlcon Jimena Cortes Castro

Tipo y No. del documento de identidad: CC 1128106455 Firma: EYLEEN castro

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Jenifer Johana Salazar

Cargo: Psicosocial Tipo y No. del documento de identidad: cc. 1004388869

Firma: Jenifer Salazar.

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ 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___ 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, Eileen Jimena Cortes Castro, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1081816655, 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.

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 Esc. Comm. Hospital Divino Niño, en representación del ICBF, quien es responsable de captar fotografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o servicio Unidad de Atencion y Prevencion de la Desnutricion

Suscriben:

Firma: EILEEN CASTRO
Nombre: Eileen Jimena Cortes Castro
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: X Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3155172004
Fecha: _____
Municipio: Tumaco

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño - Tumaco Fecha: 9 Julio 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 Atencion y Prevencion de la Desnutricion. 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 Centro Hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ Familias en Accion 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): Annie Johana Hurtado

Tipo y No. del documento de identidad: T.I. 1085812528 Firma: Annie Hurtado Angulo

Responsable de (nombre de la niña o niño) Genesis Dariana Hurtado Angulo

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Lucelly Leuson Montaño

Cargo: Gestora Comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: CC 1089129444

Firma: Lucelly Leuson

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

a. Usuario menor de cinco años-

Powered by CamScanner

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el nombre Genesis Daniana Hurtado Angulo e identificado con el número de identidad R.C. 1085351153 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 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 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 11 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 Centro Hospital Divino Niño, 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: X Annie Hurtado Angulo
Nombre: Annie Johana Hurtado A.
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: X
Teléfono de contacto: 3181130081

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño - Tumaco Fecha: 9 Julio 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 Atencion y Prevencion de la Desnutricion. 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 Centro Hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) Bl Ciudadela Esfuerzo 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): Juli Fernanda Cortes

Tipo y No. del documento de identidad: cc. 1087794609 Firma Juli fernanda cortes

Responsable de (nombre de la niña o niño) Hasmin Carlady Pastrana Cortes

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Lucelly Lesson Montaño

Cargo: Gestora Comunitario Tipo y No. del documento de identidad: cc. 1087179444

Firma: Lucelly Lesson

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 Hasmin Carlady Pastrana Cortes e identificado con el número de identidad RC. 1247466886 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, _____, 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 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 Centro Hospital Divino Niño, 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: Juli fernanda cortes
Nombre: July Fernanda Cortes
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: X
Teléfono de contacto: 3001358060
Fecha: 9 julio 2026
Municipio: Tumaco

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 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

ugar (departamento y municipio): Buenaventura Fecha: 08-07-26

presente formato tiene como finalidad:

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

claración del Usuario:

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

r lo tanto, autorizo al talento humano del responsable de la operación E.S.E centro hospital vino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de icación del lugar de residencia del usuario) B/ invasión villa Uribe a realizar con mi familia acciones relacionadas con la implementación del servicio (valoración y seguimiento estado nutricional, visitas en el hogar de fortalecimiento familiar, entre otros). Así mismo aporto los uientes documentos de la persona que hará parte del servicio:

arque con una X)
ocumentos de identidad X
arné de vacunación X
iliación a SGSSS (soporte físico o virtual) ____
arné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
arné de control prenatal (si aplica) ____
ocumento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

mbre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Lina Gisela Cuero

o y No. del documento de identidad: 1087157267 Firma Lina Cuero

sponsable de (nombre de la niña o niño) Jeffer Santiago Jimenes Cuero

mbre completo de persona que diligencia el presente formato: NAZLY HELOY MEJIA QUIÑONES

rgo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

ma: NAZLY MEJIA

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

ien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el mbre Jeffer Santiago Jimenes Cuero e identificado con el número de ntidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes re protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el creto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e quívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier dio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención romoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se alizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, ñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

Powered by CamScanner

Usuario mujer o persona gestante-

, _____, quien suscribe el presente documento, identificado con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas entes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente r el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI___ NO___** autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier edio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención romoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar BF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se alizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, las y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

nifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la colección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos rsonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que enta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, vocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales senciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 80 80.

conozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda ma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno r concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra rsona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

s productos autorizados son originados por el responsable de la operación Se centro Hospital Divino Niño en representación del ICBF, quien es responsable de captar ografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o rvicio Integrado de Atencion y prevencion de la Desnutricion

scriben:

ma: Lina cuero
mbre: Lina Gisela cuero
lidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: X
léfono de contacto: 3142721677
cha: 08-07-76
unicipio: Tumaco

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño Tumaco Fecha: 24-07-26

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 E.S.E. centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ 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) ____
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) X
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Marlin Yolie Nerlano
Tipo y No. del documento de identidad: pasaporte 30809168 Firma: Marlin Nerlano
Responsable de (nombre de la niña o niño) _____
Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NAZLY Heidy MEZA Quiñones
Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683
Firma: NAZLY MEZA

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 nombre _____ e identificado con el número de identi _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes s

Powered by CamScanner

tección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto cional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al tituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ctrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus tuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Usuario mujer o persona gestante-

o, _____, quien suscribe el presente documento, identificado) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas gentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier edio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se ealizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, iñas 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 ecolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que uenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, evocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales resenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 1 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda uma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno or concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ersona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

os productos autorizados son originados por el responsable de la operación E.S.E. centro hospitalario nuevo en representación del ICBF, quien es responsable de captar otografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o ervicio Integrado de Atencion y prevencion de la desnutricion

Suscriben:

Firma: X Marlin Merlano
Nombre: Marlin Yulieth Merlano
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3205000065
Fecha: 24-07-26
Municipio: Tumaco

Powered by CamScanner

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): Nariño tumaco Fecha: 06-07-26

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 E.S.E. centro hospital divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ libertad por el taller la perla 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 ____
Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) ____
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) ____
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Konny valeria landazuri C.

Tipo y No. del documento de identidad: 1087810430 Firma Konny Valeria Landazu

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NARLY HELDY MERA QUIÑONEZ

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: NARLY MERA

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

1. Usuario menor de cinco años-

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con nombre _____ e identificado con el número de identid _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sol

Powered by CamScanner

otección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto acional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al stituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus uales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Usuario mujer o persona gestante-

_____, quien suscribe el presente documento, identificado con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas entes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e quívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier dio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención omoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar BF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se zarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, s y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

ifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la lección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos onales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que ta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, ar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales nciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 80.

nozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno ncepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra na, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

productos autorizados son originados por el responsable de la operació centro hospital Divino Niño en representación del ICBF, quien es responsable de capta ifías para su posterior divulgación en el proyecto y integrado de Atención y prevención de la Desnutricion

ben:

Konny Valeria landazuri C.
e: konny valeria landazuri
d: *(Marque con una X)* Titular: X Representante legal/cuidador: _____
no de contacto: 3168777824
06-07-26
bio: tomaco

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

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño tumaco Fecha: 10 - 07 - 2025

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 E.S.E. centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/nuevo milenio punta los tovos 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 ____
Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) X
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) X
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Yesica Alexandra campos

Tipo y No. del documento de identidad: 1087121842 Firma: Yesica C.

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NAZLY HEIDY MUÑA RAMONES

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: NAZLY MUÑA

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

Powered by CamScanner

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el nombre _____ e identificado con el número de identidad _____ 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.

b. Usuario mujer o persona gestante-

Yo, Yesica Alexandra campaz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1087121842, 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 S.E. centro hospital Divino Niño 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

Inscriben:

Firma: x Yesica C.
Nombre: Yesica Alexandra campaz
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: X
Teléfono de contacto: 3154604833 - 3150649198

Powered by CamScanner

ıgar (departamento y municipio): Nariño - Tumaco Fecha: 06-07-26

presente formato tiene como finalidad:

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

eclaración del Usuario:

e han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá i familia por parte del talento humano que hace parte del servicio Integrado de Atencion y Prevencion dela Desnutricion. Igualmente, e han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos alicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad lministrativa competente del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF.

or lo tanto, autorizo al talento humano del responsable de la operación E.S.E centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ɔicación del lugar de residencia del usuario) Nuevo Milenio. ara realizar con mi familia acciones relacionadas con la implementación del servicio (valoración y seguimiento el estado nutricional, visitas en el hogar de fortalecimiento familiar, entre otros). Así mismo aporto los guientes documentos de la persona que hará parte del servicio:

larque con una X)
locumentos de identidad ___
arné de vacunación ____
filiación a SGSSS (soporte físico o virtual) ____
arné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
arné de control prenatal (si aplica) _____
locumento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) _____

ombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Aidi Montaño Benavides.

po y No. del documento de identidad: 1004639666 Firma Aidy Montaño

esponsable de (nombre de la niña o niño) Dahian Mariani España Montaño.

ombre completo de persona que diligencia el presente formato: NARLY HELOY MEZA QUIÑONES

argo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

rma: Narly Meza

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

Powered by CamScanner

uien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el ombre Dahian Mariani España Montaño e identificado con el número de identidad 1087842728. de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre otección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto acional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI** X **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al stituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción e derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus ctuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

. Usuario mujer o persona gestante-

o, _____, quien suscribe el presente documento, identificado) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas gentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier edio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se alizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, ñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

anifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la colección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que uenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, vocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales esenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 800 1 80 80.

econozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuc ma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor algu r concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier ot rsona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

s productos autorizados son originados por el responsable de la operac Sa centro hospital Divino Niño, en representación del ICBF, quien es responsable de ca ografías para su posterior divulgación en el proyecto rvicio integrado de Atención y prevención de la desnutrición

scriben:

ma: Aidy Montaño
mbre: Aidi Montaño Benavides.
lidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: X
léfono de contacto: 3187946315

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MT6.PP	31/03/2025
BIENESTAR FAMILIAR	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

ugar (departamento y municipio): Nariño Tumaco Fecha: 09-07-26

presente formato tiene como finalidad:

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

eclaración del Usuario:

e han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá familia por parte del talento humano que hace parte del servicio tegrado de Atencion y prevencion de la Desnutricion Igualmente, e han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos alicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad ministrativa competente del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF.

r lo tanto, autorizo al talento humano del responsable de la operación E.S.E centro hospital uino niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de icación del lugar de residencia del usuario) B/milenio segundo puente don modesto ra realizar con mi familia acciones relacionadas con la implementación del servicio (valoración y seguimiento l estado nutricional, visitas en el hogar de fortalecimiento familiar, entre otros). Así mismo aporto los uientes documentos de la persona que hará parte del servicio:

arque con una X)
ocumentos de identidad X
arné de vacunación X
iliación a SGSSS (soporte físico o virtual) ____
arné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) X
arné de control prenatal (si aplica) ____
ocumento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) X

mbre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Deisi Yulie Quiñones

o y No. del documento de identidad: 1087805270 Firma Deisy Quiñones

sponsable de (nombre de la niña o niño) Sor Yarely Ortiz Quiñones

mbre completo de persona que diligencia el presente formato: NARLY HELIDY MEZA QUIÑONES

rgo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

ma: NARLY MEZA

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

Powered by CamScanner

ien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el mbre _____ e identificado con el número de identidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre tección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto cional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al tituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ctrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus uales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante lesarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Jsuario mujer o persona gestante-

_____, quien suscribe el presente documento, identificado con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas ntes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e uívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier lio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención omoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar BF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se zarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, s y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

ifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la lección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos onales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que ta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, car la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales enciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 0 80.

nozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda a alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno oncepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

productos autorizados son originados por el responsable de la operación el centro Hospital Divino Niño en representación del ICBF, quien es responsable de captar rafías para su posterior divulgación en el proyecto y/o cio Integrado de Atencion y Prevencion de la Desnutricion

iben:

: YDEISY QUIÑONES
re: Deisy Quiñones
id: *(Marque con una X)* Titular: ___ Representante legal/cuidador: X
no de contacto: 3234016957

¡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.

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 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

ugar (departamento y municipio): Nariño Tumaco Fecha: 10 - Julio - 2026.

presente formato tiene como finalidad:

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

eclaración del Usuario:

e han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá i familia por parte del talento humano que hace parte del servicio Integrado de Atencion y prevencion de la Desnutricion Igualmente, e han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos alicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad lministrativa competente del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF.

or lo tanto, autorizo al talento humano del responsable de la operación E.S.E centro hospital Luis Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de icación del lugar de residencia del usuario) B/ padilla frente Gladicita ra realizar con mi familia acciones relacionadas con la implementación del servicio (valoración y seguimiento el estado nutricional, visitas en el hogar de fortalecimiento familiar, entre otros). Así mismo aporto los guientes documentos de la persona que hará parte del servicio:

larque con una X)
ocumentos de identidad X
arné de vacunación X
filiación a SGSSS (soporte fisico o virtual) ____
arné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
arné de control prenatal (si aplica) ____
ocumento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) X

ombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Karen maria angulo muñoz

po y No. del documento de identidad: 1004614443 Firma: Karen

esponsable de (nombre de la niña o niño) Jhon snaider castillo

ombre completo de persona que diligencia el presente formato: NAZLY MARA QUIÑONES

argo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

rma: NAZLY MARA

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

ien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el nbre Jhon snaider castillo e identificado con el número de identidad 1.47468626 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre

Powered by CamScanner

otección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto acional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al stituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción e derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus tuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Usuario mujer o persona gestante-

o, _____, quien suscribe el presente documento, identificado) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas gentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier edio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se alizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, ñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

lanifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la colección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con qu enta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información persona vocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canale esenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 80(1 80 80.

econozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeu uma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor algu or concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier c ersona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

os productos autorizados son originados por el responsable de la opera .S.E. centro hospital Divino niño en representación del ICBF, quien es responsable de ca otografías para su posterior divulgación en el proyecto ervicio Integrado de Atención de la desnutrición

uscriben:

irma: Karen
ombre: Karen Maria Angulo Muñoz
alidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: X
eléfono de contacto: 3223712943 - 3113248938.
echa: 10-07-26
lunicipio: Tumaco.

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño - Tumaco Fecha: 7 Julio 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 Atencion y Prevencion de la Desnutricion. 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 Centro Hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) Los Angeles Colorinca 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 fisico 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): Sandra Patricia España

Tipo y No. del documento de identidad: CC. 1193527038 Firma sandra españa

Responsable de (nombre de la niña o niño) Jose Daniel Delgado España

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Lucelly Lasso Montaño

Cargo: Gestora Comunitarios Tipo y No. del documento de identidad: CC. 1087129444

Firma: Lucelly Lasso

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 Jose Daniel Delgado España e identificado con el número de identidad Rc. de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre

Scanned with 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, _____, 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 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 De Centro Hospital Divino Niño, 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: sandra españa
Nombre: Sandra Patricia España
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: x
Teléfono de contacto: 3112085560
Fecha: 7 Julio 2026
Municipio: Tumaco

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 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): Nariño - Tumaco Fecha: 9 Julio 2025

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 Atencion y Prevencion de la Desnutricion. 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 Centro Hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ Ciudadela 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 ____
*Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) X
*Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
*Carné de control prenatal (si aplica) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Julia Aleida Angulo Ortiz

Tipo y No. del documento de identidad: cc. 1087076750 Firma Julia Aleida Angulo

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Lucelly Lasso Montaño

Cargo: Gestor comunitario Tipo y No. del documento de identidad: cc. 1087129444

Firma: Lucelly Lasso

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ 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**___ **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, Julio Aleido Angulo ortiz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1082076750, 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.

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 Centro Hospital Divino Niño, 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: Julia Aleida Angulo
Nombre: Julio Aleido Angulo ortiz.
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: X Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3187611189
Fecha: 9 Julio 2026
Municipio: Tumaco

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 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): Nariño - Tumaco Fecha: 24 de Julio 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 Atencion y Prevencion de la Desnutricion. 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 centro Hospital Divino Niño. contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ San Judas 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 ____
*Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) X
*Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
*Carné de control prenatal (si aplica) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Julieth Calzada Angolo

Tipo y No. del documento de identidad: cc: 1087 189 394 Firma: Julieth Calzada A.

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Lucelly Leoson Montaño

Cargo: Gestora Comunitario Tipo y No. del documento de identidad: cc. 1087129444

Firma: Lucelly Leoson

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ 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___ 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, Jouth Cazada Angulo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número cc: 1087189394, 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.

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 Este Centro Hospital Divino Niño, 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: Julieth Calada Angulo.
Nombre: Jouth Cazada Angulo
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: X Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3146461599
Fecha: 24 de Julio 2026
Municipio: Tumaco

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 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): Nariño - Tumaco Fecha: 24 julio 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 Atencion y Prevencion de la Desnutricion. 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 Centro Hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ San Felipe 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) x
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ___

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Katty Dailey Iturri Marquez

Tipo y No. del documento de identidad: cc. 1087781470 Firma Katty Iturri

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Lucelly Leyson Montaño

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: cc 1087129444

Firma: Lucelly Leyson

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ 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___ 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, Katty Durley Iturri, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1087781470, 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.

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 Centro Hospital Divino Niño, 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: Katty Iturri
Nombre: Katty Durley Iturri Narvaez
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: x Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3216930258
Fecha: 24 julio 2026
Municipio: Tumaco

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 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): Nariño - Tumaco Fecha: 10 Julio 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 Atencion y Prevencion de la Desnutricion 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 centro Hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ Nuevo Milenio 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 ____
*Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) X
*Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
*Carné de control prenatal (si aplica) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Katty Jimena Ordoñez Ordoñez

Tipo y No. del documento de identidad: cc: 1004612638 Firma: Katty Ordoñez

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Jenifer Johana Salazar

Cargo: Psicosocial Tipo y No. del documento de identidad: cc: 1004638869

Firma: Jenifer Salazar

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

a. Usuario menor de cinco años-

Powered by CamScanner

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el nombre _____ e identificado con el número de identidad _____ 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.

b. Usuario mujer o persona gestante-

Yo, Katty Gimena Ordoñez Orobio, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004612638, 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.

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 Este centro Hospital Divino Niño 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: Katty Ordoñez
Nombre: Katty Jimena Ordoñez
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: X Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3163411544 - 3216153669.

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño tumaco Fecha: 24-07-76

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 prevencion de la desnutricion 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 E.S.E. centro Hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ la playa x la cabuyera 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) ____
*Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
*Carné de control prenatal (si aplica) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): yanira Diaz castillo

Tipo y No. del documento de identidad: 1087191325 Firma: Yanira Diaz

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: DALY Heidy Mera Quiñones

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683683

Firma: DALY Mera

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre

Powered by CamScanner

rotección 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 nstituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, lectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción le derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus ctuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante l desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, n el respeto de sus derechos fundamentales.

. 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 igentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e nequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier nedio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención 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 ealizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, iñas 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 ecolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que uenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, evocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales resenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 1 80 80.

econozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda uma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno or concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ersona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

os productos autorizados son originados por el responsable de la operación S.a. centro hospital Divino niño, en representación del ICBF, quien es responsable de captar tografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o ervicio Integrado de Atencion y prevencion de la desnutricion

uscriben:

Firma: X Yanira Diaz
Nombre: yanira Diaz castillo
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: __X__ Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3208809528
Fecha: 24-07-26
Municipio: Tumaco Nariño

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 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): NARIÑO -TUMACO Fecha: 6-07-26

El presente formato tiene como finalidad:

I. *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 Entregado 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 Centro Hospital Nuevo Nariño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) Robles 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) ____
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) X
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Kenny Lasso Tenorio

Tipo y No. del documento de identidad: 1004603851 Firma X KENNY LASSO T.

Responsable de (nombre de la niña o niño) ____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Nazly Heidy Mera Quiñones

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: NAZLY MERA

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

Powered by CamScanner

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el nombre _____ e identificado con el número de identidad _____ 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.

Usuario mujer o persona gestante-

), KENNY LASSO TENORIO., quien suscribe el presente documento, identificado con documento de identidad número 1.004.607.851, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente 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 promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar BF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se izarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, as y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

ifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la lección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos onales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que ta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, ar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales nciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 80.

ozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno ncepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra a, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

productos autorizados son originados por el responsable de la operación centro Hospital Divino Niño en representación del ICBF, quien es responsable de captar ías para su posterior divulgación en el proyecto y/o Integrado de Atencion y prevencion de la Desnutricion

en:

KENNY LASSO T.
Kenny mauricio lasso
(Marque con una X) Titular: X Representante legal/cuidador: _____
de contacto: 3002082973

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño Tumaco Fecha: 18-07-26

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 E.S.E. centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ ciudadela 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) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Kathy Veronica Sanchez Vente

Tipo y No. del documento de identidad: 1087202357 Firma: Sanchez Kathy

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Nazly Heidy Meza Quiñones

Cargo: Gestora comunitario Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: Nazly Meza

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre

Powered by CamScanner

rotección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto acional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al ıstituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, lectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción e derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus ctuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante l desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, n el respeto de sus derechos fundamentales.

. Usuario mujer o persona gestante-

o, _____, quien suscribe el presente documento, identificado a) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas gentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI** x **NO**___ autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier ıedio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se alizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, ñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

anifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la colección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que ıenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, vocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales esenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 80 80.

econozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda ıma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno or concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ersona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

os productos autorizados son originados por el responsable de la operación S.E centro hospital Divino Niño, en representación del ICBF, quien es responsable de captar ıtografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o ervicio Integrado de Atención y prevención de la desnutrición

uscriben:

irma: x Sanchez Katty
lombre: Katty veronica sanchez vente
alidad: *(Marque con una X)* Titular: __X__ Representante legal/cuidador: _____
eléfono de contacto: 3174180088
echa: 18-07-26
lunicipio: Tunaco

¡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.

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 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): Nariño - Tumaco Fecha: 18 Julio 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 Atencion y Prevencion de la Desnutricion. 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 Centro Hospital Nuevo Nariño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) Barrio 11 de Noviembre 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) ____
*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): Ana Milena Castillo

Tipo y No. del documento de identidad: CC 1087801529 Firma Ana Milena Castillo

Responsable de (nombre de la niña o niño) Keira Luciana Estacio Castillo

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Lucelly Levison Montaño

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: cc. 1087129444

Firma: Lucelly Levison

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 Keira Luciana Estacio Castillo e identificado con el número de identidad RC. 1087844529 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, _____, 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 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 Centro Hospital Divino Niño, 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: Ana Milena castillo
Nombre: Ana Milena Castillo
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: x
Teléfono de contacto: 3234596332
Fecha: 18 de Julio 2025
Municipio: Tumaco

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño tumaco Fecha: 24-07-76

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 prevencion de la desnutricion 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 E.S.E. centro Hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ la playa x la cabuyera 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) ____
*Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
*Carné de control prenatal (si aplica) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): yanira Diaz castillo

Tipo y No. del documento de identidad: 1087191325 Firma: Yanira Diaz

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: DALY Heidy Mera Quiñones

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683683

Firma: DALY Mera

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre

Powered by CamScanner

rotección 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 nstituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, lectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción le derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus ctuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante l desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, n el respeto de sus derechos fundamentales.

. 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 igentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e nequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier nedio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención 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 ealizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, iñas 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 ecolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que uenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, evocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales resenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 1 80 80.

econozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda uma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno or concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ersona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

os productos autorizados son originados por el responsable de la operación S.a. centro hospital Divino niño, en representación del ICBF, quien es responsable de captar tografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o ervicio Integrado de Atencion y prevencion de la desnutricion

uscriben:

Firma: X Yanira Diaz
Nombre: yanira Diaz castillo
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: __X__ Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3208809528
Fecha: 24-07-26
Municipio: Tumaco Nariño

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 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): NARIÑO -TUMACO Fecha: 6-07-26

El presente formato tiene como finalidad:

I. *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 Entregado 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 Centro Hospital Nuevo Nariño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) Robles 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) ____
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) X
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Kenny Lasso Tenorio

Tipo y No. del documento de identidad: 1004603851 Firma X KENNY LASSO T.

Responsable de (nombre de la niña o niño) ____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Nazly Heidy Mera Quiñones

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: NAZLY MERA

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

Powered by CamScanner

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el nombre _____ e identificado con el número de identidad _____ 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.

Usuario mujer o persona gestante-

), KENNY LASSO TENORIO., quien suscribe el presente documento, identificado con documento de identidad número 1.004.607.851, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente 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 promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar BF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se izarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, as y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

ifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la lección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos onales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que ta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, ar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales nciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 80.

ozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno ncepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra a, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

productos autorizados son originados por el responsable de la operación centro Hospital Divino Niño en representación del ICBF, quien es responsable de captar ías para su posterior divulgación en el proyecto y/o Integrado de Atencion y prevencion de la Desnutricion

en:

KENNY LASSO T.
Kenny mauricio lasso
(Marque con una X) Titular: X Representante legal/cuidador: _____
de contacto: 3002082973

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño Tumaco Fecha: 24-07-26

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 E.S.E. centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ 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) ____
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) X
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Marlin Yolie Nerlano
Tipo y No. del documento de identidad: pasaporte 30809168 Firma: Marlin Nerlano
Responsable de (nombre de la niña o niño) _____
Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NAZLY Heidy MEZA Quiñones
Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683
Firma: NAZLY MEZA

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 nombre _____ e identificado con el número de identi _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes s

Powered by CamScanner

tección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto cional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al tituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ctrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus tuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Usuario mujer o persona gestante-

o, _____, quien suscribe el presente documento, identificado) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas gentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier edio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se ealizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, iñas 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 ecolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que uenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, evocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales resenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 1 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda uma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno or concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ersona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

os productos autorizados son originados por el responsable de la operación E.S.E. centro hospitalario nuevo en representación del ICBF, quien es responsable de captar otografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o ervicio Integrado de Atencion y prevencion de la desnutricion

Suscriben:

Firma: X Marlin Merlano
Nombre: Marlin Yulieth Merlano
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3205000065
Fecha: 24-07-26
Municipio: Tumaco

Powered by CamScanner

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): Nariño tumaco Fecha: 06-07-26

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 E.S.E. centro hospital divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ libertad por el taller la perla 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 ____
Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) ____
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) ____
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Konny valeria landazuri C.

Tipo y No. del documento de identidad: 1087810430 Firma Konny Valeria Landazu

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NARLY HELDY MERA QUIÑONEZ

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: NARLY MERA

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

1. Usuario menor de cinco años-

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con nombre _____ e identificado con el número de identid _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sol

Powered by CamScanner

otección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto acional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al stituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus uales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Usuario mujer o persona gestante-

_____, quien suscribe el presente documento, identificado con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas entes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e quívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier dio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención omoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar BF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se zarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, s y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

ifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la lección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos onales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que ta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, ar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales nciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 80.

nozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno ncepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra na, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

productos autorizados son originados por el responsable de la operació centro hospital Divino Niño en representación del ICBF, quien es responsable de capta ifías para su posterior divulgación en el proyecto y integrado de Atención y prevención de la Desnutricion

ben:

Konny Valeria landazuri C.
e: konny valeria landazuri
d: *(Marque con una X)* Titular: X Representante legal/cuidador: _____
no de contacto: 3168777824
06-07-26
bio: tomaco

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

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño . Tumaco Fecha: 24 Julio 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 Atencion y Prevencion de la Desnutricion. 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 E.S.E Centro Hospital Divino NIÑO contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ Hospital 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 fisico o virtual) X
*Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
*Carné de control prenatal (si aplica) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Lorena Biojo Guerro

Tipo y No. del documento de identidad: C.C. 1087784145 Firma Lorena Biojo

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Lucelly Lesson Montaño

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: cc. 1087129444

Firma: Lucelly Lesson

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ 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___ 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, Lorena Biolo Giuzo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1087481145 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.

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 Centro Hospital Divino Niño, 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: Lorena Biolo
Nombre: Lorena Biolo Giuzo
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: X Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3247885124 - 3235016592.
Fecha _____
Municipio: Ipiales

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño - Tumaco Fecha: 15 de Julio 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 Atencion y Prevencion de la Desnutricion. 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 Centro Hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) _____ 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 ____
*Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) X
*Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
*Carné de control prenatal (si aplica) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Luz Mery Angulo A.

Tipo y No. del documento de identidad: CC. 1004 614 384 Firma X Luz Mery Angulo

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Lucelly Lesson Montano

Cargo: Gestora Comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: CC. 1087179444

Firma: Lucelly Lesson

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

a. Usuario menor de cinco años-

Powered by CamScanner

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el nombre _____ e identificado con el número de identidad _____ 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.

b. Usuario mujer o persona gestante-

Yo, Luz Mery Angulo Angulo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004 614 381, 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.

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 Centro Hospital Divino Niño, 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: Luz Mery Angulo
Nombre: Luz Mery Angulo
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: X Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: _____

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño - Tumaco Fecha: 7 de Julio 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 Atencion y Prevencion de la Desnutricion. 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 Centro Hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ Union Victoria 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) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Hanio Jose Hoguilon Gomez

Tipo y No. del documento de identidad: C.C 1087.800. 903 Firma

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Wally Lasso Montaño

Cargo Gestor comunitario Tipo y No. del documento de identidad: C.C 1087129444

Firma Wally Lasso

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ 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___ 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, Hano Jose Hoquilon Gomez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1087800903, 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.

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 Centro Hospital Divino Niño, 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: X
Nombre: Hano Jose Hoquilon Gomez
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: X Representante legal/cuidador: ____
Teléfono de contacto: 3176213486
Fecha: 7 de Julio de 2026
Municipio: Tumaco

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño Tumaco Fecha: 24-07-26

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 E.S.E. centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ 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) ____
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) X
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Marlin Yolie Nerlano
Tipo y No. del documento de identidad: pasaporte 30809168 Firma: Marlin Nerlano
Responsable de (nombre de la niña o niño) _____
Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NAZLY Heidy MEZA Quiñones
Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683
Firma: NAZLY MEZA

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 nombre _____ e identificado con el número de identi _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes s

Powered by CamScanner

tección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto cional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al tituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ctrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus tuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Usuario mujer o persona gestante-

o, _____, quien suscribe el presente documento, identificado) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas gentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier edio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se ealizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, iñas 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 ecolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que uenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, evocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales resenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 1 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda uma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno or concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ersona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

os productos autorizados son originados por el responsable de la operación E.S.E. centro hospitalario nuevo en representación del ICBF, quien es responsable de captar otografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o ervicio Integrado de Atencion y prevencion de la desnutricion

Suscriben:

Firma: X Marlin Merlano
Nombre: Marlin Yulieth Merlano
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3205000065
Fecha: 24-07-26
Municipio: Tumaco

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 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): Nariño - Tumaco Fecha: 15 de Julio 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 Atencion y Prevencion de la Desnutricion. 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 Centro Hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) _____ 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) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Martha Milena Ruiz Angulo

Tipo y No. del documento de identidad: C.C. 1004643881 Firma: Martha Ruiz

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Lucelly Leiton Montaño

Cargo: Gestora Comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: C.C. 1087129444

Firma: Lucelly Leiton

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

a. Usuario menor de cinco años-

Powered by CamScanner

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el nombre _____ e identificado con el número de identidad _____ 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.

b. Usuario mujer o persona gestante-

Yo, Martha Helena Ruiz Angulo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004 614 381, 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 Centro Hospital Owino Nino, 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: ^ Martha Ruiz
Nombre: Martha Helena Ruiz Angulo
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: ^ Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: _____

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño - Tumaco Fecha: 15 de Julio 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 Atencion y Prevencion de la Desnutricion. 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 Centro Hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ El Carmelo 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): Paula Gisela Ruiz Angulo

Tipo y No. del documento de identidad: C.C. 1.140.166.369 Firma Paula Ruiz

Responsable de (nombre de la niña o niño) Norlin Yisel Cuero Ruiz

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Lucelly Leiton Montaño

Cargo: Gestora Comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: C.C. 1082129444

Firma: Lucelly Leiton

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

a. Usuario menor de cinco años-

Powered by CamScanner

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el nombre Narlin Yisel Cueno Ruiz e identificado con el número de identidad RC. 1247468719 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.

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 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 Centro Hospital Divino Niño, 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 Paula Ruiz
Nombre Paula Gineth Ruiz
Calidad *(Marque con una X)* Titular: ____ Representante legal/cuidador: X
Teléfono de contacto 3185379161

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 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): Nariño - Tumaco Fecha: 17 - Julio - 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 Atencion y Prevencion de la Desnutricion. 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 Centro Hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) Bl Puente Medellin 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): Mary Sorali Giron

Tipo y No. del documento de identidad: C.C 1087813672 Firma: Mary GIRON

Responsable de (nombre de la niña o niño) Natalie Dayana Guisamano Giron

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Wcelly Lesson Huntaño

Cargo: Gestor Comunitario Tipo y No. del documento de identidad: CC. 1087129444

Firma: Wcelly Lesson

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 Natalie Dayana Guisamano Giron e identificado con el número de identidad RC. 1087 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**___ **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, _____, 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 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 El Centro Hospital Divino Niño, 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: [signature]
Nombre: [illegible]
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: X
Teléfono de contacto: 3166038845
Fecha: 17 de Julio de 2026
Municipio: Tunja

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño - Tumaco Fecha: 9 Julio 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 Atencion y Prevencion de la Desnutricion. 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 centro Hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ Buenos Aires 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): Gloria Alexandra Caicedo

Tipo y No. del documento de identidad: C.C. 1.087.208.892 Firma: Gloria Caicedo

Responsable de (nombre de la niña o niño) Ossi Yarexia Caicedo Mosquera

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Lucelly Lesson Montaño

Cargo: Gestora Comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: C.C 1087129444

Firma: Lucelly Lesson

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

a. Usuario menor de cinco años-

¡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

Powered by CamScanner

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el nombre Ossi Yarexia Caicedo Hosquera e identificado con el número de identidad RC 1087223.500 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 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 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 Centro Hospital Divino Niño, 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: Gloria Caicedo
Nombre: Gloria Alexandra Caicedo
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: X
Teléfono de contacto: 3165914612

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 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): Nariño - Tumaco Fecha: 7 Julio 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 Atencion y Prevencion de la Desnutricion. 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 Centro Hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) Barrio Nuevo Milenio 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): Diana Felisa Guerrero P.

Tipo y No. del documento de identidad: CC. 1089798.449 Firma Diana Guerrero

Responsable de (nombre de la niña o niño) Briana Maria Portocarrero

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Lucelly Leyson Montaño

Cargo Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: CC. 1089129444

Firma Lucelly Leyson

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

a. Usuario menor de cinco años-

Powered by CamScanner

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el nombre Briana Maria Portugues e identificado con el número de identidad RC. 1087.222.028 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 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 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 Centro Hospital Divino Niño, 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: Diana Guerrero
Nombre: Diana Yelsa Guerrero
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: X
Teléfono de contacto: 3136609180

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño tumaco Fecha: 24-07-76

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 prevencion de la desnutricion 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 E.S.E. centro Hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ la playa x la cabuyera 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) ____
*Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
*Carné de control prenatal (si aplica) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): yanira Diaz castillo

Tipo y No. del documento de identidad: 1087191325 Firma: Yanira Diaz

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: DALY Heidy Mera Quiñones

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683683

Firma: DALY Mera

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre

Powered by CamScanner

rotección 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 nstituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, lectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción le derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus ctuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante l desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, n el respeto de sus derechos fundamentales.

. 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 igentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e nequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier nedio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención 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 ealizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, iñas 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 ecolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que uenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, evocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales resenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 1 80 80.

econozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda uma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno or concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ersona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

os productos autorizados son originados por el responsable de la operación S.a. centro hospital Divino niño, en representación del ICBF, quien es responsable de captar tografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o ervicio Integrado de Atencion y prevencion de la desnutricion

uscriben:

Firma: X Yanira Diaz
Nombre: yanira Diaz castillo
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: __X__ Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3208809528
Fecha: 24-07-26
Municipio: Tumaco Nariño

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 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): NARIÑO -TUMACO Fecha: 6-07-26

El presente formato tiene como finalidad:

I. *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 Entregado 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 Centro Hospital Nuevo Nariño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) Robles 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) ____
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) X
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Kenny Lasso Tenorio

Tipo y No. del documento de identidad: 1004603851 Firma X KENNY LASSO T.

Responsable de (nombre de la niña o niño) ____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Nazly Heidy Mera Quiñones

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: NAZLY MERA

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

Powered by CamScanner

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el nombre _____ e identificado con el número de identidad _____ 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.

Usuario mujer o persona gestante-

), KENNY LASSO TENORIO., quien suscribe el presente documento, identificado con documento de identidad número 1.004.607.851, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente 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 promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar BF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se izarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, as y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

ifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la lección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos onales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que ta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, ar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales nciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 80.

ozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno ncepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra a, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

productos autorizados son originados por el responsable de la operación centro Hospital Divino Niño en representación del ICBF, quien es responsable de captar ías para su posterior divulgación en el proyecto y/o Integrado de Atencion y prevencion de la Desnutricion

en:

KENNY LASSO T.
Kenny mauricio lasso
(Marque con una X) Titular: X Representante legal/cuidador: _____
de contacto: 3002082973

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño Tumaco Fecha: 18-07-26

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 E.S.E. centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ ciudadela 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) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Kathy Veronica Sanchez Vente

Tipo y No. del documento de identidad: 1087202357 Firma: Sanchez Kathy

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Nazly Heidy Meza Quiñones

Cargo: Gestora comunitario Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: Nazly Meza

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre

Powered by CamScanner

rotección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto acional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al ıstituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, lectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción e derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus ctuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante l desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, n el respeto de sus derechos fundamentales.

. Usuario mujer o persona gestante-

o, _____, quien suscribe el presente documento, identificado a) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas gentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI** x **NO**___ autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier ıedio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se alizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, ñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

anifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la colección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que ıenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, vocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales esenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 80 80.

econozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda ıma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno or concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ersona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

os productos autorizados son originados por el responsable de la operación S.E centro hospital Divino Niño, en representación del ICBF, quien es responsable de captar ıtografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o ervicio Integrado de Atención y prevención de la desnutrición

uscriben:

irma: x Sanchez Katty
lombre: Katty veronica sanchez vente
alidad: *(Marque con una X)* Titular: __X__ Representante legal/cuidador: _____
eléfono de contacto: 3174180088
echa: 18-07-26
lunicipio: Tunaco

¡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.

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño Tumaco Fecha: 09-07-26

El presente formato tiene como finalidad:

. *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:

Se 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 Atencion y prevencion de la Desnutricion. Igualmente, se 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 E.S.E. centro hospital divino niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ milenio puente don modesto 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) ____
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) X
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Angela Valencia Quiñones

Tipo y No. del documento de identidad: 1087807394 Firma X Angela Valencia

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NARLY HEIDY MERA QUIÑONES

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: NARLY MERA

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

. **Usuario menor de cinco años-**

Powered by CamScanner

ıien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el ımbre _____ e identificado con el número de identidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre otección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto acional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al stituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus tuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Usuario mujer o persona gestante-

o, Angela Yisela Valencia Quiñones, quien suscribe el presente documento, identificado) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas gentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier edio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se ealizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, ñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

anifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la colección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos rsonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que enta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, ocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales senciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 30 80.

onozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda a alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno oncepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra na, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

productos autorizados son originados por el responsable de la operación centro hospital Divino Niño, en representación del ICBF, quien es responsable de captar nfías para su posterior divulgación en el proyecto y/o Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición

en:

Angela Valencia
: Angela valencia
(Marque con una X) Titular: X Representante legal/cuidador: _____
de contacto: 3156045191

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 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): Nariño tumaco Fecha: 24-07-26

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 prevencion de la desnutricion 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 E.S.E centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ Milenio 1 entrada 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) ____
*Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
*Carné de control prenatal (si aplica) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Ruby Nathalia Gonzalez

Tipo y No. del documento de identidad: 1087823244 Firma: X R. Gonzalez

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NAZLY HEIDY MERA ROJAS

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: NAZLY MERA

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 nombre _____ e identificado con el número de identificación _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes

Powered by CamScanner

tección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto cional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al tituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ctrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus tuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Usuario mujer o persona gestante-

o, _____, quien suscribe el presente documento, identificado) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas gentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier iedio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se ealizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, iñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

lanifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la ecolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que uenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, evocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales resenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 1 80 80.

teconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda uma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno or concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ersona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

os productos autorizados son originados por el responsable de la operación ..S.E Centro hospital Divino Niño en representación del ICBF, quien es responsable de capta otografías para su posterior divulgación en el proyecto y/ ervicio Integrado de Atencion y prevencion de la desnutricion

Suscriben:

Firma: xR-gonzales
Nombre: _____
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: X Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3177031786
Fecha: 24-07-26
Municipio: tomaco

¡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.

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 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

ugar (departamento y municipio): Buenaventura Fecha: 08-07-26

presente formato tiene como finalidad:

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

claración del Usuario:

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

r lo tanto, autorizo al talento humano del responsable de la operación E.S.E centro hospital vino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de icación del lugar de residencia del usuario) B/ invasión villa Uribe a realizar con mi familia acciones relacionadas con la implementación del servicio (valoración y seguimiento estado nutricional, visitas en el hogar de fortalecimiento familiar, entre otros). Así mismo aporto los uientes documentos de la persona que hará parte del servicio:

arque con una X)
ocumentos de identidad X
arné de vacunación X
iliación a SGSSS (soporte físico o virtual) ____
arné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
arné de control prenatal (si aplica) ____
ocumento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

mbre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Lina Gisela Cuero

o y No. del documento de identidad: 1087157267 Firma Lina Cuero

sponsable de (nombre de la niña o niño) Jeffer Santiago Jimenes Cuero

mbre completo de persona que diligencia el presente formato: NAZLY HELOY MEJIA QUIÑONES

rgo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

ma: NAZLY MEJIA

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

ien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el mbre Jeffer Santiago Jimenes Cuero e identificado con el número de ntidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes re protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el creto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e quívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier dio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención romoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se alizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, ñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

Powered by CamScanner

Usuario mujer o persona gestante-

, _____, quien suscribe el presente documento, identificado con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas entes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente r el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI___ NO___** autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier edio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención romoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar BF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se alizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, las y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

nifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la colección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos rsonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que enta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, vocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales senciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 80 80.

conozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda ma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno r concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra rsona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

s productos autorizados son originados por el responsable de la operación Se centro Hospital Divino Niño en representación del ICBF, quien es responsable de captar ografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o rvicio Integrado de Atencion y prevencion de la Desnutricion

scriben:

ma: Lina cuero
mbre: Lina Gisela cuero
lidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: X
léfono de contacto: 3142721677
cha: 08-07-76
unicipio: Tumaco

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 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): Nariño Tumaco Fecha: 21-07-26

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 Atencion y prevencion de la desnutricion. 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 centro hospital divino niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B1 union victoria 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) ____
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) ____
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Andrea natalia Cabezas

Tipo y No. del documento de identidad: 1010110435 Firma Andrea Cabezas

Responsable de (nombre de la niña o niño) salome palacios Cabezas

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Nayley Heidy Mera Quiñones

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: Nayley Mera

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del **menor de edad identificado con el** nombre salome palacios Cabezas e **identificado con el número de identidad** _____ de conformidad con lo dispuesto en las **normas vigentes sobre**

Powered by CamScanner

otección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto acional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al stituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, lectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción e derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus ctuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, n el respeto de sus derechos fundamentales.

. Usuario mujer o persona gestante-

o, _____, quien suscribe el presente documento, identificado) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas gentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier edio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se alizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, ñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

anifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la colección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que enta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, vocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales esenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 1 80 80.

econozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda uma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno or concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ersona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

os productos autorizados son originados por el responsable de la operación E.S.E. centro hospital Divino Niño, en representación del ICBF, quien es responsable de captar otografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o ervicio Integrado de Atencion y prevencion de la desnutricion

uscriben:

irma: Andrea Cabezas
ombre: andrea cabezas Espana
alidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: X
eléfono de contacto: 3150239 42
echa: 21-07-25
unicipio: Tumaco

Powered by CamScanner

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): Nariño – Tumaco Fecha: 24 Julio 2025

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 Atencion y prevencion de la Desnutricion. 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 Centro Hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ Expolico 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 fisico o virtual) X
*Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
*Carné de control prenatal (si aplica) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Sharid Daniela Hurtado P.

Tipo y No. del documento de identidad: TI. 1087 813 768 Firma Shari Daniela

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Lucelle Lesson Montaño

Cargo: Gestora Comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: CC. 1087179444

Firma: Lucelle Lesson

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 _____ *e identificado con el número de identidad* _____ 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*

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**___ **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, Sharid Daniela Hurtado Piccuado, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.108781368, 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.

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 Tse Centro Hospital Divino Niño, 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: Sharid Daniela
Nombre: Sharid Daniela Hurtado
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: x Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 311 600 6836
Fecha: 24 Julio 2026
Municipio: Tumaco

Powered by CamScanner

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): Nariño - Tumaco Fecha: 17 Julio 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 Atencion y Prevencion de la Desnutricion 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 Centro Hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ Extuerzo #2 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) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) X

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Valeska Alejandra Valasteguí C.

Tipo y No. del documento de identidad: T.I. 1087816013 Firma: Valeska

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Yu cell Leyson Montero

Cargo: Gestor comunitario Tipo y No. del documento de identidad: C.C. 1087129444

Firma: Yu cell Leyson

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ 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___ 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, Valeska Alejandra Velasquez Cortes, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.081.816.013, 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.

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 Esc. Centro Hospital Piloto Nac. en representación del ICBF, quien es responsable de captar fotografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o servicio Intesiade de Atencion y Prevencion de la Desnutricion

Suscriben:

Firma: Valeska
Nombre: Valeska Alejandra Velasquez Cortes
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: X Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3012033542
Fecha: 17 de Julio 2025
Municipio: Tunuca.

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño tumaco Fecha: 24-07-76

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 prevencion de la desnutricion 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 E.S.E. centro Hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ la playa x la cabuyera 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) ____
*Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
*Carné de control prenatal (si aplica) X
*Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): yanira Diaz castillo

Tipo y No. del documento de identidad: 1087191325 Firma: Yanira Diaz

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: DALY Heidy Mera Quiñones

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683683

Firma: DALY Mera

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 _____ e identificado con el número de identidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre

Powered by CamScanner

rotección 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 nstituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, lectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción le derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus ctuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante l desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, n el respeto de sus derechos fundamentales.

. 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 igentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e nequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier nedio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención 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 ealizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, iñas 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 ecolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que uenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, evocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales resenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 1 80 80.

econozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda uma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno or concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ersona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

os productos autorizados son originados por el responsable de la operación S.a. centro hospital Divino niño, en representación del ICBF, quien es responsable de captar tografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o ervicio Integrado de Atencion y prevencion de la desnutricion

uscriben:

Firma: X Yanira Diaz
Nombre: yanira Diaz castillo
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: __X__ Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3208809528
Fecha: 24-07-26
Municipio: Tumaco Nariño

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño Tumaco Fecha: 24-07-26

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 E.S.E. centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ 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) ____
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) X
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Marlin Yolie Nerlano
Tipo y No. del documento de identidad: pasaporte 30809168 Firma: Marlin Nerlano
Responsable de (nombre de la niña o niño) _____
Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NAZLY Heidy MEZA Quiñones
Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683
Firma: NAZLY MEZA

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 nombre _____ e identificado con el número de identi _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes s

Powered by CamScanner

tección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto cional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al tituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ctrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus tuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Usuario mujer o persona gestante-

o, _____, quien suscribe el presente documento, identificado) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas gentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier edio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se ealizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, iñas 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 ecolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que uenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, evocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales resenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 1 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda uma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno or concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ersona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

os productos autorizados son originados por el responsable de la operación E.S.E. centro hospitalario nuevo en representación del ICBF, quien es responsable de captar otografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o ervicio Integrado de Atencion y prevencion de la desnutricion

Suscriben:

Firma: X Marlin Merlano
Nombre: Marlin Yulieth Merlano
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3205000065
Fecha: 24-07-26
Municipio: Tumaco

Powered by CamScanner

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): Nariño tumaco Fecha: 06-07-26

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 E.S.E. centro hospital divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ libertad por el taller la perla 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 ____
Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) ____
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) ____
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Konny valeria landazuri C.

Tipo y No. del documento de identidad: 1087810430 Firma Konny Valeria Landazu

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NARLY HELDY MERA QUIÑONEZ

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: NARLY MERA

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

1. Usuario menor de cinco años-

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con nombre _____ e identificado con el número de identid _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sol

Powered by CamScanner

otección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto acional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al stituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus uales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Usuario mujer o persona gestante-

_____, quien suscribe el presente documento, identificado con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas entes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e quívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier dio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención omoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar BF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se zarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, s y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

ifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la lección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos onales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que ta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, ar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales nciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 80.

nozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno ncepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra na, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

productos autorizados son originados por el responsable de la operació centro hospital Divino Niño en representación del ICBF, quien es responsable de capta ifías para su posterior divulgación en el proyecto y integrado de Atención y prevención de la Desnutricion

ben:

Konny Valeria landazuri C.
e: konny valeria landazuri
d: *(Marque con una X)* Titular: X Representante legal/cuidador: _____
no de contacto: 3168777824
06-07-26
bio: tomaco

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

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño tumaco Fecha: 10 - 07 - 2025

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 E.S.E. centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/nuevo milenio punta los tovos 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 ____
Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) X
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) X
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Yesica Alexandra campos

Tipo y No. del documento de identidad: 1087121842 Firma: Yesica C.

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NAZLY HEIDY MUÑA RAMONES

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: NAZLY MUÑA

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

Powered by CamScanner

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el nombre _____ e identificado con el número de identidad _____ 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.

b. Usuario mujer o persona gestante-

Yo, Yesica Alexandra campaz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1087121842, 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 S.E. centro hospital Divino Niño 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

Inscriben:

Firma: x Yesica C.
Nombre: Yesica Alexandra campaz
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: X
Teléfono de contacto: 3154604833 - 3150649198

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 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): Narino tumaco Fecha: 23-07-26

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 Atencion y prevencion de la desnutricion. 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 E.S.E. centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ San martin 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 ____
Carné de vacunación ____
Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) ____
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) ____
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): yoela Quiñones Marquinez

Tipo y No. del documento de identidad: 1087148989 Firma: Yoela Quiñones Marquinez

Responsable de (nombre de la niña o niño) Zoe Antonella castrillon Quiñones

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NAZLY HELOY MEZA QUIÑONES

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: NAZLY MEZA

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

Usuario menor de cinco años-

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el nombre Zoe Antonella castrillon Quiñones e identificado con el número de identidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre

Powered by CamScanner

cción de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto nal 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, SI___ NO___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al uto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, rónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción erechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus ales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante esarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, l respeto de sus derechos fundamentales.

suario mujer o persona gestante-

_____, quien suscribe el presente documento, identificado con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas entes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI___ NO___** autorizo libre, expresa e quívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier dio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención romoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar BF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se alizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, ias y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

anifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la colección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos rsonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que enta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, vocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales esenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 80 80.

econozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda ma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno r concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra rsona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

s productos autorizados son originados por el responsable de la operación S.E centro hospital divino niño, en representación del ICBF, quien es responsable de captar ografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o rvicio Integrado de Atención y prevención de la Desnutrición

scriben:

rma: Yoela Quiñones Marquinez
ombre: _____
alidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: X
eléfono de contacto: 3234596097
echa: 23-07-26
unicipio: Tumaco

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño Tumaco Fecha: 24-07-26

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 E.S.E. centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ 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) ____
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) X
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Marlin Yolie Nerlano
Tipo y No. del documento de identidad: pasaporte 30809168 Firma: Marlin Nerlano
Responsable de (nombre de la niña o niño) _____
Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NAZLY Heidy MEZA Quiñones
Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683
Firma: NAZLY MEZA

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 nombre _____ e identificado con el número de identi _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes s

Powered by CamScanner

tección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto cional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al tituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ctrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus tuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Usuario mujer o persona gestante-

o, _____, quien suscribe el presente documento, identificado) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas gentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier edio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se ealizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, iñas 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 ecolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que uenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, evocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales resenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 1 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda uma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno or concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ersona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

os productos autorizados son originados por el responsable de la operación E.S.E. centro hospitalario nuevo en representación del ICBF, quien es responsable de captar otografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o ervicio Integrado de Atencion y prevencion de la desnutricion

Suscriben:

Firma: X Marlin Merlano
Nombre: Marlin Yulieth Merlano
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3205000065
Fecha: 24-07-26
Municipio: Tumaco

Powered by CamScanner

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): Nariño tumaco Fecha: 06-07-26

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 E.S.E. centro hospital divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ libertad por el taller la perla 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 ____
Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) ____
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) ____
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Konny valeria landazuri C.

Tipo y No. del documento de identidad: 1087810430 Firma Konny Valeria Landazu

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NARLY HELDY MERA QUIÑONEZ

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: NARLY MERA

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

1. Usuario menor de cinco años-

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con nombre _____ e identificado con el número de identid _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sol

Powered by CamScanner

otección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto acional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al stituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus uales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Usuario mujer o persona gestante-

_____, quien suscribe el presente documento, identificado con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas entes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e quívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier dio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención omoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar BF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se zarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, s y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

ifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la lección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos onales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que ta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, ar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales nciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 80.

nozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno ncepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra na, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

productos autorizados son originados por el responsable de la operació centro hospital Divino Niño en representación del ICBF, quien es responsable de capta ifías para su posterior divulgación en el proyecto y integrado de Atención y prevención de la Desnutricion

ben:

Konny Valeria landazuri C.
e: konny valeria landazuri
d: *(Marque con una X)* Titular: X Representante legal/cuidador: _____
no de contacto: 3168777824
06-07-26
bio: tomaco

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

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño tumaco Fecha: 10 - 07 - 2025

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 E.S.E. centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/nuevo milenio punta los tovos 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 ____
Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) X
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) X
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Yesica Alexandra campos

Tipo y No. del documento de identidad: 1087121842 Firma: Yesica C.

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NAZLY HEIDY MUÑA RAMONES

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: NAZLY MUÑA

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

Powered by CamScanner

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el nombre _____ e identificado con el número de identidad _____ 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.

b. Usuario mujer o persona gestante-

Yo, Yesica Alexandra campaz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1087121842, 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 S.E. centro hospital Divino Niño 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

Inscriben:

Firma: x Yesica C.
Nombre: Yesica Alexandra campaz
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: X
Teléfono de contacto: 3154604833 - 3150649198

Powered by CamScanner

ıgar (departamento y municipio): Nariño - Tumaco Fecha: 06-07-26

presente formato tiene como finalidad:

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

eclaración del Usuario:

e han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá i familia por parte del talento humano que hace parte del servicio Integrado de Atencion y Prevencion dela Desnutricion. Igualmente, e han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos alicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad lministrativa competente del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF.

or lo tanto, autorizo al talento humano del responsable de la operación E.S.E centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ɔicación del lugar de residencia del usuario) Nuevo Milenio. ara realizar con mi familia acciones relacionadas con la implementación del servicio (valoración y seguimiento el estado nutricional, visitas en el hogar de fortalecimiento familiar, entre otros). Así mismo aporto los guientes documentos de la persona que hará parte del servicio:

larque con una X)
locumentos de identidad ___
arné de vacunación ____
filiación a SGSSS (soporte físico o virtual) ____
arné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
arné de control prenatal (si aplica) _____
locumento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) _____

ombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Aidi Montaño Benavides.

po y No. del documento de identidad: 1004639666 Firma Aidy Montaño

esponsable de (nombre de la niña o niño) Dahian Mariani España Montaño.

ombre completo de persona que diligencia el presente formato: NARLY HELOY MEZA QUIÑONES

argo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

rma: Narly Meza

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

Powered by CamScanner

uien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el ombre Dahian Mariani España Montaño e identificado con el número de identidad 1087842728. de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre otección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto acional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI** X **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al stituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción e derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus ctuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

. Usuario mujer o persona gestante-

o, _____, quien suscribe el presente documento, identificado) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas gentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier edio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se alizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, ñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

anifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la colección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que uenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, vocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales esenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 800 1 80 80.

econozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuc ma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor algu r concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier ot rsona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

s productos autorizados son originados por el responsable de la operac Sa centro hospital Divino Niño, en representación del ICBF, quien es responsable de ca ografías para su posterior divulgación en el proyecto rvicio integrado de Atención y prevención de la desnutrición

scriben:

ma: Aidy Montaño
mbre: Aidi Montaño Benavides.
lidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: X
léfono de contacto: 3187946315

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MT6.PP	31/03/2025
BIENESTAR FAMILIAR	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

ugar (departamento y municipio): Nariño Tumaco Fecha: 09-07-26

presente formato tiene como finalidad:

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

eclaración del Usuario:

e han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá familia por parte del talento humano que hace parte del servicio tegrado de Atencion y prevencion de la Desnutricion Igualmente, e han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos alicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad ministrativa competente del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF.

r lo tanto, autorizo al talento humano del responsable de la operación E.S.E centro hospital uino niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de icación del lugar de residencia del usuario) B/milenio segundo puente don modesto ra realizar con mi familia acciones relacionadas con la implementación del servicio (valoración y seguimiento l estado nutricional, visitas en el hogar de fortalecimiento familiar, entre otros). Así mismo aporto los uientes documentos de la persona que hará parte del servicio:

arque con una X)
ocumentos de identidad X
arné de vacunación X
iliación a SGSSS (soporte físico o virtual) ____
arné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) X
arné de control prenatal (si aplica) ____
ocumento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) X

mbre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Deisi Yulie Quiñones

o y No. del documento de identidad: 1087805270 Firma Deisy Quiñones

sponsable de (nombre de la niña o niño) Sor Yarely Ortiz Quiñones

mbre completo de persona que diligencia el presente formato: NARLY HELIDY MEZA QUIÑONES

rgo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

ma: NARLY MEZA

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

Powered by CamScanner

ien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el mbre _____ e identificado con el número de identidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre tección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto cional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al tituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ctrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus uales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante lesarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Jsuario mujer o persona gestante-

_____, quien suscribe el presente documento, identificado con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas ntes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e uívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier lio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención omoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar BF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se zarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, s y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

ifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la lección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos onales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que ta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, car la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales enciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 0 80.

nozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda a alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno oncepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

productos autorizados son originados por el responsable de la operación el centro Hospital Divino Niño en representación del ICBF, quien es responsable de captar rafías para su posterior divulgación en el proyecto y/o cio Integrado de Atencion y Prevencion de la Desnutricion

iben:

: YDEISY QUIÑONES
re: Deisy Quiñones
id: *(Marque con una X)* Titular: ___ Representante legal/cuidador: X
no de contacto: 3234016957

¡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.

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Tumaco - Nariño Fecha: 24 - Julio - 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 atencion y prevencion de la desnutricion. 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 Centro hospital duino niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) El morito 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): Heidy Karina Campoz Riascos

Tipo y No. del documento de identidad: C.C. 1.130.767.907 Firma Heidy Campoz

Responsable de (nombre de la niña o niño) Isa Estefania Castro Campoz

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Karla Viveros Cisneros

Cargo: Psicosocial Tipo y No. del documento de identidad: C.C. 1087194715

Firma: Karla Viveros P.

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 Isa Estefania Castro Campoz e identificado con el número de identidad R.C. 1087222776 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre

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.

otección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto acional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI** X **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al stituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción e derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus ctuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante l desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, n el respeto de sus derechos fundamentales.

. Usuario mujer o persona gestante-

o, _____, quien suscribe el presente documento, identificado a) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas igentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e nequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier nedio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se ealizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, iñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

lanifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la ecolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que uenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, evocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales resenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 1 80 80.

econozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda uma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno or concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ersona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

os productos autorizados son originados por el responsable de la operación Ese Centro hospital divino niño, en representación del ICBF, quien es responsable de captar itografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o ervicio Integral de atencion y prevencion de la desnutricion

uscriben:

irma: Heidy Compaz
lombre: Heidy Karina Compaz Bisoos
alidad: *(Marque con una X)* Titular: X Representante legal/cuidador: _____
eléfono de contacto: 3015962978
echa: 24-Julio-2026
lunicipio: Tumaco-Nariño

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 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): Tumaco Nariño Fecha: 29 de julio

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 atencion y prevencion de la desnutricion. 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 centro hospital divino niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) AV las comarcas - Por la joyeria Perla de oro 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): Kelly Yurani Angulo Quiñones

Tipo y No. del documento de identidad: C.C. 1087803431 Firma: Kelly yurani Angulo

Responsable de (nombre de la niña o niño) Lesli Geraldine Quiñones Angulo

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: Karla Viveros Cabrera

Cargo: Psicosocial Tipo y No. del documento de identidad: C.C. 1089719475

Firma: Karla Viveros C.

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 Lesli Geraldine Quiñones Angulo e identificado con el número de identidad 1.087.221.637 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre

tección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto cional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI** X **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al tituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ctrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus uales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Usuario mujer o persona gestante-

, _____, quien suscribe el presente documento, identificado con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas gentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente r el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier edio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se alizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, ñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

anifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la colección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que uenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, vocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales esenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 1 80 80.

econozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda uma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno or concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ersona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

os productos autorizados son originados por el responsable de la operación Ese Centro hospital divino niño, en representación del ICBF, quien es responsable de captar otografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o ervicio Integrado de atencion y prevencion de la desnutricion

uscriben:

irma: x Kelly
lombre: Kelly Yurani Angulo Quintones
alidad: *(Marque con una X)* Titular: X Representante legal/cuidador: _____
eléfono de contacto: 317 1117 838
echa: 29-Julio-2026
unicipio: Tumaco - Nariño

Lugar (departamento y municipio): Nariño Tumaco Fecha: 24-07-26

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 E.S.E. centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ 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) ____
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) X
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Marlin Yolie Nerlano
Tipo y No. del documento de identidad: pasaporte 30809168 Firma: Marlin Nerlano
Responsable de (nombre de la niña o niño) _____
Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NAZLY Heidy MEZA Quiñones
Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683
Firma: NAZLY MEZA

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 nombre _____ e identificado con el número de identi _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes s

Powered by CamScanner

tección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto cional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al tituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ctrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus tuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Usuario mujer o persona gestante-

o, _____, quien suscribe el presente documento, identificado) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas gentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier edio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se ealizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, iñas 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 ecolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que uenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, evocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales resenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 1 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda uma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno or concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ersona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

os productos autorizados son originados por el responsable de la operación E.S.E. centro hospitalario nuevo en representación del ICBF, quien es responsable de captar otografías para su posterior divulgación en el proyecto y/o ervicio Integrado de Atencion y prevencion de la desnutricion

Suscriben:

Firma: X Marlin Merlano
Nombre: Marlin Yulieth Merlano
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: _____
Teléfono de contacto: 3205000065
Fecha: 24-07-26
Municipio: Tumaco

Powered by CamScanner

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): Nariño tumaco Fecha: 06-07-26

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 E.S.E. centro hospital divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/ libertad por el taller la perla 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 ____
Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) ____
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) ____
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Konny valeria landazuri C.

Tipo y No. del documento de identidad: 1087810430 Firma Konny Valeria Landazu

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NARLY HELDY MERA QUIÑONEZ

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: NARLY MERA

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

1. Usuario menor de cinco años-

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con nombre _____ e identificado con el número de identid _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sol

Powered by CamScanner

otección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto acional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al stituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus uales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Usuario mujer o persona gestante-

_____, quien suscribe el presente documento, identificado con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas entes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e quívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier dio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención omoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar BF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se zarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, s y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

ifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la lección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos onales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que ta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, ar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales nciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 80.

nozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno ncepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra na, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

productos autorizados son originados por el responsable de la operació centro hospital Divino Niño en representación del ICBF, quien es responsable de capta ifías para su posterior divulgación en el proyecto y integrado de Atención y prevención de la Desnutricion

ben:

Konny Valeria landazuri C.
e: konny valeria landazuri
d: *(Marque con una X)* Titular: X Representante legal/cuidador: _____
no de contacto: 3168777824
06-07-26
bio: tomaco

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

Powered by CamScanner

Lugar (departamento y municipio): Nariño tumaco Fecha: 10 - 07 - 2025

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 E.S.E. centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ubicación del lugar de residencia del usuario) B/nuevo milenio punta los tovos 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 ____
Afiliación a SGSSS (soporte físico o virtual) X
Carné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
Carné de control prenatal (si aplica) X
Documento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) ____

Nombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Yesica Alexandra campos

Tipo y No. del documento de identidad: 1087121842 Firma: Yesica C.

Responsable de (nombre de la niña o niño) _____

Nombre completo de persona que diligencia el presente formato: NAZLY HEIDY MUÑA RAMONES

Cargo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

Firma: NAZLY MUÑA

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

Powered by CamScanner

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el nombre _____ e identificado con el número de identidad _____ 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.

b. Usuario mujer o persona gestante-

Yo, Yesica Alexandra campaz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1087121842, 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 S.E. centro hospital Divino Niño 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

Inscriben:

Firma: x Yesica C.
Nombre: Yesica Alexandra campaz
Calidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: X
Teléfono de contacto: 3154604833 - 3150649198

Powered by CamScanner

ıgar (departamento y municipio): Nariño - Tumaco Fecha: 06-07-26

presente formato tiene como finalidad:

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

eclaración del Usuario:

e han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá i familia por parte del talento humano que hace parte del servicio Integrado de Atencion y Prevencion dela Desnutricion. Igualmente, e han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos alicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad lministrativa competente del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF.

or lo tanto, autorizo al talento humano del responsable de la operación E.S.E centro hospital Divino Niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de ɔicación del lugar de residencia del usuario) Nuevo Milenio. ara realizar con mi familia acciones relacionadas con la implementación del servicio (valoración y seguimiento el estado nutricional, visitas en el hogar de fortalecimiento familiar, entre otros). Así mismo aporto los guientes documentos de la persona que hará parte del servicio:

larque con una X)
locumentos de identidad ___
arné de vacunación ____
filiación a SGSSS (soporte físico o virtual) ____
arné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) ____
arné de control prenatal (si aplica) _____
locumento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) _____

ombre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Aidi Montaño Benavides.

po y No. del documento de identidad: 1004639666 Firma Aidy Montaño

esponsable de (nombre de la niña o niño) Dahian Mariani España Montaño.

ombre completo de persona que diligencia el presente formato: NARLY HELOY MEZA QUIÑONES

argo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

rma: Narly Meza

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

Powered by CamScanner

uien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el ombre Dahian Mariani España Montaño e identificado con el número de identidad 1087842728. de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre otección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto acional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI** X **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al stituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ectrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción e derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus ctuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

. Usuario mujer o persona gestante-

o, _____, quien suscribe el presente documento, identificado) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas gentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente or el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e equívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier edio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar CBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se alizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, ñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

anifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la colección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos ersonales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que uenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, vocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales esenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 800 1 80 80.

econozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuc ma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor algu r concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier ot rsona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

s productos autorizados son originados por el responsable de la operac Sa centro hospital Divino Niño, en representación del ICBF, quien es responsable de ca ografías para su posterior divulgación en el proyecto rvicio integrado de Atención y prevención de la desnutrición

scriben:

ma: Aidy Montaño
mbre: Aidi Montaño Benavides.
lidad: *(Marque con una X)* Titular: _____ Representante legal/cuidador: X
léfono de contacto: 3187946315

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MT6.PP	31/03/2025
BIENESTAR FAMILIAR	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

ugar (departamento y municipio): Nariño Tumaco Fecha: 09-07-26

presente formato tiene como finalidad:

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

eclaración del Usuario:

e han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá familia por parte del talento humano que hace parte del servicio tegrado de Atencion y prevencion de la Desnutricion Igualmente, e han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos alicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad ministrativa competente del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF.

r lo tanto, autorizo al talento humano del responsable de la operación E.S.E centro hospital uino niño contratado por el ICBF, a ingresar a mi hogar ubicado en (dirección o datos de icación del lugar de residencia del usuario) B/milenio segundo puente don modesto ra realizar con mi familia acciones relacionadas con la implementación del servicio (valoración y seguimiento l estado nutricional, visitas en el hogar de fortalecimiento familiar, entre otros). Así mismo aporto los uientes documentos de la persona que hará parte del servicio:

arque con una X)
ocumentos de identidad X
arné de vacunación X
iliación a SGSSS (soporte físico o virtual) ____
arné control de crecimiento y desarrollo (si aplica) X
arné de control prenatal (si aplica) ____
ocumento identidad de acudiente/cuidador (si aplica) X

mbre completo de madre, padre, cuidador o usuario (si aplica): Deisi Yulie Quiñones

o y No. del documento de identidad: 1087805270 Firma Deisy Quiñones

sponsable de (nombre de la niña o niño) Sor Yarely Ortiz Quiñones

mbre completo de persona que diligencia el presente formato: NARLY HELIDY MEZA QUIÑONES

rgo: Gestora comunitaria Tipo y No. del documento de identidad: 53013683

ma: NARLY MEZA

Obtener autorización de uso de imagen bajo la siguiente declaración:

Usuario menor de cinco años-

Powered by CamScanner

ien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad identificado con el mbre _____ e identificado con el número de identidad _____ de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre tección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente por el Decreto cional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e inequívocamente al tituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier medio físico, ctrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus uales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante lesarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, el respeto de sus derechos fundamentales.

Jsuario mujer o persona gestante-

_____, quien suscribe el presente documento, identificado con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas ntes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 reglamentada parcialmente el Decreto Nacional 1377 de 2013 y el Decreto 1081 de 2015, **SI**___ **NO**___ autorizo libre, expresa e uívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para captar y divulgar fotos en cualquier lio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención omoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar BF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se zarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, s y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

ifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la lección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos onales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informada o informado de los derechos con que ta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, car la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales enciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 0 80.

nozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se me adeuda a alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno oncepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra ona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

productos autorizados son originados por el responsable de la operación el centro Hospital Divino Niño en representación del ICBF, quien es responsable de captar rafías para su posterior divulgación en el proyecto y/o cio Integrado de Atencion y Prevencion de la Desnutricion

iben:

: YDEISY QUIÑONES
re: Deisy Quiñones
id: *(Marque con una X)* Titular: ___ Representante legal/cuidador: X
no de contacto: 3234016957

¡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.

Powered by CamScanner

San Andrés de Tumaco, 31 de julio de 2026

ACTA DE ENTREGA DE RACION FAMILIAR PARA PREPARAR - JULIO

La fundación Colombia construye paz realiza la entrega de 35 raciones familiares para preparar en Caseta comunal Once de Noviembre, correspondiente al mes de julio del 2026 detallados de la siguiente manera:

NIÑAS Y NIÑOS	30
GESTANTES	5

LORENA VILLOTA
FIRMA QUIEN ENTREGA

JESUS ARMENTA
FIRMA QUIEN RECIBE

San Andrés de Tumaco, 31 de julio de 2026

ACTA DE ENTREGA DE RACION FAMILIAR PARA PREPARAR - JULIO

La fundación Colombia construye paz realiza la entrega de 35 raciones familiares para preparar en Caseta comunal Once de Noviembre, correspondiente al mes de julio del 2026 detallados de la siguiente manera:

NIÑAS Y NIÑOS	30
GESTANTES	5

LORENA VILLOTA
FIRMA QUIEN ENTREGA

JESUS ARMENTA
FIRMA QUIEN RECIBE

San Andrés de Tumaco, 31 de julio de 2026

ACTA DE ENTREGA DE RACION FAMILIAR PARA PREPARAR - JULIO

La fundación Colombia construye paz realiza la entrega de 50 raciones familiares para preparar en salón comunal Buenos Aires, correspondiente al mes de julio del 2026 detallados de la siguiente manera:

NIÑAS Y NIÑOS	40
GESTANTES	10

LORENA VILLOTA
FIRMA QUIEN ENTREGA

EVELIN PACHAJOA
FIRMA QUIEN RECIBE

San Andrés de Tumaco, 31 de julio de 2026

ACTA DE ENTREGA DE RACION FAMILIAR PARA PREPARAR - JULIO

La fundación Colombia construye paz realiza la entrega de 50 raciones familiares para preparar en salón comunal Buenos Aires, correspondiente al mes de julio del 2026 detallados de la siguiente manera:

NIÑAS Y NIÑOS	40
GESTANTES	10

LORENA VILLOTA
FIRMA QUIEN ENTREGA

EVELIN PACHAJOA
FIRMA QUIEN RECIBE

Tipo de servicio:	RNH	URNCI	Servicio Integrado X	Regional: NARIÑO	Centro Zonal: TUMACO
Municipio: BARBACOAS			Nombre del operador: CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO		Mes del encuentro familiar comunitario y entrega de la RFPP: JULIO
Dirección/Lugar del encuentro familiar comunitario: SALON COMUNAL BARRIO GUAYABAL			Nombre de la UDS: UDS_ZRN_SANANDRESDETUMACO		Fecha en la que se realiza el Fortalecimiento Familiar Comunitario: 30-7-26
Nombre de los profesionales que lideran el Fortalecimiento Familiar y entregan la RFPP: MARLIN ANGELICA REDIN VILLOTA, MARIELA QUIÑONES, MARTHA ORJANA RIVAS, ANA MARIA ARIZALA					

Nº ORDEN	DATOS DEL USUARIO			FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO (No aplica URNCI)				FORTALECIMIENTO FAMILIAR EN EL HOGAR					DATOS DEL ACUDIENTE (Aplica para niñas y niños o acudientes de las mujeres gestantes y			FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN PARA PREPARAR
	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDA	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA		FECHA	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA RFPP		NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTID	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
				SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO				
1	YESLY ALAHIA AGUILAR CUASTUMAL	RC	1080842371	X		X		30/07/2026	X		X		MICHELL CAROLINA TORRES	T.I.	1080838667	Michell
2	AHILANYS SOFIA CASTILLO RINCON	RC	1080842378	X		X		30/07/2026	X		X		MARIA JOHANA RINCON	C.C.	1080837075	Johana Rincon
3	DIOSANLIZ DALIANA PEREIRA GARCIA	RC	1080842383	X		X		30/07/2026	X		X		MARIA GARCIA	C.C.	1007642500	Katherine
4	YOSDUAL ISAIAS URBANO ANGULO	RC	1080842385	X		X		30/07/2026	X		X		MARIA FABIOLA ANGULO	C.C.	1082692152	maria angulo
5	DARIEL YAEL QUIÑONES NARVAEZ	RC	1080842389		X	X		30/07/2026		X	X		JENIFER ALEXANDRA NARVAEZ	C.C.	1082686739	Jenifer Narvaez
6	KRISTEN AILANI QUIÑONES QUIÑONES	RC	1080842392	X		X		30/07/2026	X		X		LUZ KARINA QUIÑONES	C.C.	1080831099	Karina Q.
7	ERIKA PAOLA ANGULO ANGULO	RC	1080842393	X		X		30/07/2026	X		X		JUDTH YARLEY ANGULO	C.C.	1080835786	Judit Angulo
8	AXEL MAXIMILIANO QUIÑONES QUIÑONES	RC	1080842396	X		X		30/07/2026	X		X		ALBA LUZ QUIÑONES	C.C.	1082687390	Alba luz Q.
9	ENDRICK SEBASTIAN RUA DOMINGUEZ	RC	1080842397	X		X		30/07/2026	X		X		LUCERO DOMINGUEZ	C.C.	1004342153	Lucero D.
10	VALERIN AHYLANY MESA ANGULO	RC	1080842402	X		X		30/07/2026	X		X		CINDY PAOLA ANGULO	C.C.	1080832559	Cindy
11	JAZLIN ARIADNA MEZA HUGUITA	RC	10180842405	X		X		30/07/2026	X		X		MARIA CAMILA HIGUITA	CC	1082688470	Maria camila
V	EMMALUNA QUIÑONES RODRIGUEZ	RC	1080842411	X		X		30/07/2026	X		X		JUDITH RODRIGUEZ SAAVEDRA	CC	1111806115	Judith Rodriguez
13	EYDAN JAZIEL BENALCAZAR ANGULO	RC	1082696584	X		X		30/07/2026	X		X		EVELIN MELISSA ANGULO	C.C.	1010084580	willington
14	JANA LISBETH ANGULO QUIÑONES	RC	1082696587		X	X		30/07/2026		X	X		KAREN YULEINI QUIÑONES	C.C.	1080833389	Karen
15	ALAN DANIEL CASTILLO DELGADO	RC	1082696593		X	X		30/07/2026		X	X		LIZETH DELGADO	C.C.	1080834931	Maricela Cortes
16	ANGEL ZAHEL LANDAZURI DELGADO	RC	1082696599	X		X		30/07/2026	X		X		MARIA ANGELICA DELGADO	C.C.	1082691430	Monica Delgado
17	JAMES ARLEY QUIÑONES ANGULO	RC	1087696597	X		X		30/07/2026	X		X		LAURA MELISSA ANGULO	C.C.	1192785383	Laura Angulo
18	ALLISON TAMARA VILLAREAL CASTILLO	RC	1082696617		X	X		30/07/2026		X	X		LUZ NELLY CASTILLO	C.C.	1080834145	LUZ NELLY
19	KARLA STEFANIA VALLECILLA QUIÑONES	RC	1030025291		X	X		30/07/2026		X	X		YASURI VALLECILLA	C.C.	1080833502	
20	AILANNY NICOLL QUIÑONES SANTAELLA	RC	1082696623	X		X		30/07/2026	X		X		NIRIOSCAR OSMERAYS SANTAELL	PPT	5043606	Esmeralda Santaella

Nombre completo del responsable de la entrega: MARLIN ANGELICA REDIN C.C.: 1010056798 Firma: MARLIN REDIN

*RC: Registro civil, TI: Tarjeta de identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PPT: Permiso de permanencia temporal, SD: Sin documento

Scanned with CamScanner

Tipo de servicio:	RNH	URNCI	Servicio Integrado X	Regional: NARIÑO	Centro Zonal: TUMACO	
Municipio: BARBACOAS						
Dirección/Lugar del encuentro familiar comunitario: SALON COMUNAL BARRIO LA GUAYABAL				Nombre del operador: CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO		Mes del encuentro familiar comunitario y entrega de la RFPP: JULIO
Nombre de los profesionales que lideran el Fortalecimiento Familiar y entregan la RFPP: MARLIN ANGELICA REDIN VILLOTA, MARIELA QUIÑONES, MARTHA ORIANA RIVAS, ANA MARIA ARIZALA				Nombre del la UDS: UDS_ERN_SANANDRESDETUMACO		Fecha en la que se realiza el Fortalecimiento Familiar Comunitario: 30-7-2026

Nº ORDEN	DATOS DEL USUARIO			FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO No aplica URNCI				FORTALECIMIENTO FAMILIAR EN EL HOGAR					DATOS DEL ACUDIENTE Aplica para niñas y niños o acudientes de las mujeres gestantes y personas en condición			FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN PARA PREPARAR
	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA		FECHA	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA RFPP		NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTID	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
				SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO				
1	CHEYRIN SOFIA ANGULO ANGULO	RC	1080842089	X		X		30/07/2026	X		X		KENY RENATA ANGULO	C.C.	1004201947	Julia cortes
2	AXEL SANTIAGO KLINGER LANDAZURY	RC	1082695186	X		X		30/07/2026	X		X		YESICA LANDAZURY	CC	1082693288	Yesica Landazury
3	MIRYAN CELESTE ANGULO MEZA	RC	1080842237	X		X		30/07/2026	X		X		GINA SOLEY MEZA	C.C.	1080832688	Gina Meza
4	ITZEL DAHIANA NARVAEZ CORTES	RC	1082696596	X		X		30/07/2026	X		X		ANGIE VALERIA CORTES	CC	1082692390	Angie cortes
5	ISAAC DAVID CABEZAS SEGURA	RC	1080842342	X		X		30/07/2026	X		X		ELIA CONSUELO SEGURA	C.C.	1004744245	Elia cabeza
6	EILAM DAMIAN BASTIDAS QUIÑONES	RC	1082696640	X		X		30/07/2026	X		X		NANCY YULIETH QUIÑINES	CC	1082690734	Nancy Q
7	BRITHANY SOFIA LANDAZURI FERRIN	RC	1082696102	X		X		30/07/2026	X		X		EYI BIBIANA LANDAZURI	CC	1080832215	Viviana
8	JIMI ALLEXANDER ANGULO MEZA	RC	1082695284	X		X		30/07/2026	X		X		MARIA DANIELA MEZA	C.C.	1080835343	Maria Meza
9	NORMAN DANIEL MEZA ANGULO	RC	1082695399	X		X		30/07/2026	X		X		GINA SOLEY MEZA	C.C.	1080832688	Gina Meza
10	THIAGO DAVID QUIÑONES CASTILLO	RC	1082695785		X	X		30/07/2026		X	X		MARIA YOLI CASTILLO	C.C.	1080832902	Maria Yoli
11	LAURIN DAYE HINESTROZA LANDAZURI	RC	1082696293	X		X		30/07/2026	X		X		ADRIANA LANDAZURI	CC	1080834786	Adriana Landazuri
12	LAHIAM ALBAN CABEZAS	RC	1082696433		X	X		30/07/2026		X	X		MARLEN CABEZAS	CC	1086724326	Marlen Castillo
13	TIANA JAZMIN RODRIGUEZ RODRIGUEZ	RC	1151975321	X		X		30/07/2026	X		X		CINDY PATRICIA RODRIGUEZ	CC	1080831251	Cindy R.
14	JEIDER YADIEL LANDAZURI DOMINGUEZ	RC	1082696624		X	X		30/07/2026		X	X		SANDRA MILENA DOMINGUEZ	CC	1082692460	Sandra Milena
15	GREICY VANESA PASTRANA PRECIADO	RC	1082696010	X		X		30/07/2026	X		X		NIKOL DAYANA PRECIADO	T.I.	1148688862	Dayana
16	DAPHNE ALAIA REVELO CABEZAS	RC	1082696149	X		X		30/07/2026	X		X		MARIA CAMILA CABEZAS	C.C.	1089508669	Camila C.
17	GENESIS SAMARY MOSQUERA PALACIOS	RC	1082695801		X	X		30/07/2026		X	X		LINA MARICELA PALACIOS	CC	1004201705	Maricela P.
18	AXEL XAMIR CABEZAS ZAMBRANO	RC	1080842436	X		X		30/07/2026	X		X		YESICA YASMIN ZAMBRANO	CC	1193071212	Yesica Zambrano
19	LUZ ALARA RINCON CABEZAS	RC	1080842438	X		X		30/07/2026	X		X		SULEINI RINCON	CC	1080834980	Suleini
20	NOAH DARIEL CASTILLO CABEZAS	RC	1082696592		X	X		30/07/2026		X	X		SINDY MILENA DOMINGUEZ	C.C.	1193534504	Sindy Milena

Nombre completo del responsable de la entrega: MARLIN ANGELICA REDIN C.C.: 1010056798 Firma: MARLIN REDIN

*RC: Registro civil, TI: Tarjeta de identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PPT: Permiso de permanencia temporal, SD: Sin documento

Scanned with CamScanner

Tipo de servicio:	RNH	URNCI	Servicio Integrado X	Regional: NARIÑO	Centro Zonal: TUMACO
Municipio: BARBACOAS			Nombre del operador: CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO		Mes del encuentro familiar comunitario y entrega de la RFPP: JULIO
Dirección/Lugar del encuentro familiar comunitario: SALON COMUNAL BARRIO GUAYABAL			Nombre de la UDS: UDS_ERN_SANANDRESDETUMACO		
Nombre de los profesionales que lideran el Fortalecimiento Familiar y entregan la RFPP: MARLIN ANGELICA REDIN VILLOTA, MARIELA QUIÑONES, MARTHA ORIANA RIVAS, ANA MARIA ARIZALA					Fecha en la que se realiza el Fortalecimiento Familiar Comunitario: 30-7-2026

Nº ORDEN	DATOS DEL USUARIO			FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO (No aplica URNCI)				FORTALECIMIENTO FAMILIAR EN EL HOGAR					DATOS DEL ACUDIENTE (Aplica para niñas y niños o acudientes de las mujeres gestantes y lactantes del servicio)			FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN PARA PREPARAR
	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA RFPP		FECHA	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA RFPP		NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTID	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
				SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO				
1	MELANIE ROXANA MACUASE CABEZAS	RC	1144004951	X		X		30/07/2026	X		X		MARIA DANIELA CABEZAS	C.C.	1004201110	Valeri
2	YOSTIN DAVID BASTIDAS GARCIA	RC	1082696615		X	X		30/07/2026		X	X		ANA MARIA GARCUA GARCIA	C.C.	1080834779	Ana Maria Garcia
3	JESUS MATEO CASTILLO	SD	3482FDFAB1B54FC4AA2F93389A031EBC20250	X		X		30/07/2026	X		X		NAYELI DAYANI CASTILLO	CC	1004201173	• NAYELY CASTILLO
4	ITZEL DAHIANA NARVAEZ CORTES	RC	1082696596	X		X		30/07/2026	X		X		ANGIE VALERIA CORTES SEVILLA	C.C.	1082692390	Angie Y.
5	ALDRIN EMILIANO ANGULO PATIÑO	RC	1082696614		X	X		30/07/2026		X	X		KELLY TATIANA PATIÑO PRECIAD	C.C.	1004342582	• Kelly Patiño
6	LIAN SANTIAGO CASTILLO BENAVIDEZ	RC	1082696606	X		X		30/07/2026	X		X		YALEIDI BENAVIDEZ	TI	1089514084	YaleiDi Benavidez
7	KILIAN EMILIANO ANGULO CABEZAS	RC	1082696622		X	X		30/07/2026		X	X		MAIRA YOVANA CABEZAS ANGUL	C.C.	1080837259	MAIRA
8	ELSA KAROLAIN MESA CABEZAS	RC	1082696646	X		X		30/07/2026	X		X		SULEINY CABEZAS ORTIZ	C.C.	1080832283	• Suleiny
9	NAYLETH CELESTE CORTES LANDAZURI	RC	1082696638	X		X		30/07/2026	X		X		JULIETH GISSELA LANDAZURI BU	C.C.	1080833888	• Julieth Landazuri
10	CARLOS GAEL RAMIREZ QUIÑONES	RC	1082696630	X		X		30/07/2026	X		X		LEIDY MARCELY QUIÑONES CAST	C.C.	1080834782	• Carla Gael
11	ANGIE BRISEIDY LANDAZURY BENALCAZAR	C.C.	1080834520	X		X		30/07/2026	X		X		ANGIE BRISEIDY LANDAZURY BEN	C.C.	1080834520	• Malacardi
V	AMANDA CRISTINA MONTAÑO SEVILLANO	CC	1004201006	X		X		30/07/2026	X		X		AMANDA MONTAÑO	C.C.	1004201006	Amanda Montaño
13	ANA LEIDY CHAMORRO BURBANO	CC	1123200758	X		X		30/07/2026	X		X		ANA LEIDI CHAMORRO	CC	1123200758	• Ana Chamorro
14	MARIA SOFIA ANGULO QUIÑONES	CC	1080831037	X		X		30/07/2026	X		X		MAIRA YOVANA CABEZAS ANGUL	C.C.	1080837259	Maira Angulo
15	MARIA AURA LUZ GARCIA CORTES	C.C.	1007642499	X		X		30/07/2026	X		X		MARIA AURA LUZ GARCIA CORTE	C.C.	1007642499	SOFIA Angulo
16	LUISA JIMENA LANDAZURY MENITEZ	C.C.	1004200568		X	X		30/07/2026		X	X		LUISA JIMENA LANDAZURY MENIT	C.C.	1004200568	• Valentina
17	MARIA PATRICIA SEVILLANO CORTES	C.C.	1082691379	X		X		30/07/2026	X		X		MARIA PATRICIA SEVILLANO COR	C.C.	1082691379	- Patricia
18	ASLY MICHEL QUIÑONES LANDAZURI	TI	1080838188	X		X		30/07/2026	X		X		ASLY MICHEL QUIÑONES	TI	1080838188	- Aslyth L.
19	JENIFER ANGULO SEVILLANO	CC	1080838748	X		X		30/07/2026	X		X		JENIFER SEVILLANO	CC	1080838748	Yenifer Angulo
20	SAMI YESELY PUPO QUIÑONES	C.C.	1082693304	X		X		30/07/2026	X		X		SAMI YESELY PUPO QUIÑONES	C.C.	1082693304	Sami Yesely Pupo

Nombre completo del responsable de la entrega: MARLIN ANGELICA REDIN C.C.: 1010056798 Firma: MARLIN REDIN

*RC: Registro civil, TI: Tarjeta de identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PPT: Permiso de permanencia temporal, SD: Sin documento

Scanned with CamScanner

Tipo de servicio:	RNH	URNCI	Servicio Integrado X	**Regional:** NARIÑO	**Centro Zonal:** TUMACO
Municipio: BARBACOAS				**Nombre del operador:** CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO	**Mes del encuentro familiar comunitario y entrega de la RFPP:** JULIO
Dirección/Lugar del encuentro familiar comunitario: SALON COMUNAL BARRIO GUAYABAL				**Nombre de la UDS:** UDS_ZRN_BANANDRESDETUMACO	
Nombre de los profesionales que lideran el Fortalecimiento Familiar y entregan la RFPP: MARLIN ANGELICA REDIN VILLOTA, MARIELA QUIÑONES, MARTHA ORIANA RIVAS, ANA MARIA ARIZALA					**Fecha en la que se realiza el Fortalecimiento Familiar Comunitarios** 30-7-2026

Nº ORDEN	DATOS DEL USUARIO			FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO (No aplica URNCI)				FORTALECIMIENTO FAMILIAR EN EL HOGAR					DATOS DEL ACUDIENTE (Aplica para niñas y niños o acudientes de las mujeres gestantes y personas en gestación)			FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN PARA PREPARAR
	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA		FECHA	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA RFPP		NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTID	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
				SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO				
1	FLOR MARIA GARCIA CORTES	C.C.	1082693956		X	X		30/07/2026		X	X		FLOR MARIA GARCIA CORTES	C.C.	1082693956	Flor Garcia
2	DIANA TERESA CAICEDO LANDAZURI	CC	1082691476	X		X		30/07/2026	X		X		DIANATERESA CAICEDO	CC	1082691476	Diana Caicedo
3	HELEN IVANIA CABEZAS CABEZAS	C.C.	1080832213	X		X		30/07/2026	X		X		HELEN IVANIA CABEZAS CABEZA	C.C.	1080832213	Ana Cabezas
4	LINA MARCELA ANGULO ANGULO	CC	1087133305	X		X		30/07/2026	X		X		LINA MARCELA ANGULO	CC	1087133305	Marcela Angulo
5	INGRID CAMILA BASTIDAS	C.C.	1193229562	X		X		30/07/2026	X		X		INGRID CAMILA BASTIDAS	C.C.	1193229562	camila
6	VERONICA MELISSA CORTES QUIÑONES	C.C.	1193644969	X		X		30/07/2026	X		X		VERONICA MELISSA CORTES QUI	C.C.	1193644969	Veronica cortes
7	INGRID PAOLA PRECIADO PRECIADO	CC	1089540813	X		X		30/07/2026	X		X		INGRID PRECIADO	CC	1089540813	Ingrid P.
8	MARIA ESMERALDA GOYES VELASQUEZ	T.I.	1080838831		X	X		30/07/2026		X	X		MARIA ESMERALDA VELASQUEZ	C.C.	1080836490	Esmeralda
9	ZULEINY VANESSA CASTILLO QUIÑONES	CC	1004200907	X		X		30/07/2026	X		X		ZULEINY VANESSA CASTILLO	CC	1004200907	Zuleiny
10	DIANA YIRLEY VIVEROS ANGULO	CC	1193251485	X		X		30/07/2026	X		X		DIANA VIVIEROS	CC	1193251485	Diana Viveros
11																
V																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

Nombre completo del responsable de la entrega: MARLIN ANGELICA REDIN **C.C.:** 1010056998 **Firma:** MARLIN REDIN

*RC: Registro civil, TI: Tarjeta de identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PPT: Permiso de permanencia temporal, SD: Sin documento

Scanned with CamScanner

HAGUI

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA AL FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO Y ENTREGA DE RFPP

FR.MTE.PP
Versión 2
Página 1 de 1
25/04/2025
Clasificación de la información:
PÚBLICA

Tipo de servicio:	RNH	URNCI	Servicio Integrado X	Regional: NARIÑO		Centro Zonal: TUMACO
Municipio: MAGUI PAYAN				Nombre del operador: CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO		Mes del encuentro familiar comunitario y entrega de la RFPP: JULIO
Dirección/Lugar del encuentro familiar comunitario: CASA DE LA CULTURA				Nombre de la UDS: UDS_ZRN_SANANDRESDETUMACO		
Nombre de los profesionales que lideran el Fortalecimiento Familiar y entregan la RFPP: MARLIN ANGELICA REDIN VILLOTA, MARIELA QUIÑONES, MARTHA ORIANA RIVAS, ANA MARIA ARIZALA						Fecha en la que se realiza el Fortalecimiento Familiar Comunitario: 29-7-2026

Nº ORDEN	DATOS DEL USUARIO			FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO (No aplica UNNCI)				FORTALECIMIENTO FAMILIAR EN EL HOGAR					DATOS DEL ACUDIENTE (Aplica para niñas y niños o acudientes de las mujeres gestantes y personas en custodia)			FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN PARA PREPARAR
	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA RFPP		FECHA	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA RFPP		NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE	TIPO DE DOCUMENTO	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
				SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO				
1	ISAYANA BEDOYA QUIÑONEZ	RC	1030025659	X		X		29/07/2026	X		X		ZIBY DAYANA QUIÑONES	CC	1089511704	
2	NOAH ARIEL VELASCO ESTUPIÑAN	RC	1089516673		X	X		29/07/2026		X	X		YELIS YISELA ESTUPIÑAN	CC	1089512851	Julieth
3	LOAN DARELL ANGULO MONTAÑO	RC	1089516671	X		X		29/07/2026	X		X		CLAUDIA MONTAÑO	CC	1004744508	Claudia M
4	ANY MANUELA CABEZAS MARQUINEZ	CC	1082688894	X		X		29/07/2026	X		X		ANY MANUELA CABEZAS	CC	1082688894	ANI MANUEZ
5	AILANI ISABELA MONTAÑO ANGULO	RC	1089516677	X		X		29/07/2026	X		X		JUANA MARLENY ANGULO MARO	C.C.	1089511663	JUANA
6	DARLYN YULIETH ESTUPIÑAN ANGULO	C.C.	1089512535	X		X		29/07/2026	X		X		DARLYN YULIETH ESTUPIÑAN	C.C.	1089512535	Julieth
7	AIDA LUZ ANGULO ANGULO	C.C.	1004744084	X		X		29/07/2026	X		X		AIDA LUZ ANGULO ANGULO	C.C.	1004744084	AIDA LUZ
8	MARIAN VICTORIA ANGULO ZULETA	RC	1109583069		X	X		29/07/2026		X	X		LISETH TATIANA ZULETA	C.C.	1107527891	Luis CORTES
9	DARLI YOANA ZAMORA JIMENEZ	C.C.	1136134260		X	X		29/07/2026		X	X		DARLI YOANA ZAMORA	C.C.	1136134260	SAMORA
10	MONICA YAQUELINE CAICEDO ESTUPIÑAN	C.C.	11486869935	X		X		29/07/2026	X		X		MONICA YAQUELINE CAICEDO ES	C.C.	11486869935	Julieth
11	HAZEL MATEO PAJARO QUIÑONES	CC	1081069324	X		X		29/07/2026	X		X		KATTY MAYERLI QUIÑONES GONZ	C.C.	1148687081	
V	SCARLETH AINARA RODRIGUEZ PRECIADO	RC	1112074098	X		X		29/07/2026	X		X		YAMILE DE JESUS RODRIGUEZ PF	C.C.	1148687396	Yamileth R.P.
13	MILAN YAHIR CABEZAS CAICEDO	RC	1089516710	X		X		29/07/2026	X		X		YUSI ZARELA CAICEDO CAICEDO	T.I.	1089512518	Yusi Caicedo
14	ALBA NELIS BECERRA ANGULO	C.C.	1004744178	X		X		29/07/2026	X		X		ALBA NELIS BECERRA ANGULO	C.C.	1004744178	Daniel B
15	JAEHILY MEYLANI CARVAJAL QUIÑONES	RC	1089516694	X		X		29/07/2026	X		X		KEIDI LEONELA QUIÑONES VIVER	C.C.	1089511438	Keidi Quiñones
16	MAYERLI VICTORIA VALLECILLA OBANDO	C.C.	1089510324	X		X		29/07/2026	X		X		MAYERLI VICTORIA VALLECILLA O	C.C.	1089510324	Mayerly
17	DEISI ESPERANZA CABEZAS MIRANDA	C.C.	1089510341	X		X		29/07/2026	X		X		DEISI ESPERANZA CABEZAS	C.C.	1089510341	Deysi
18	LUIS CALED CORTES TORRES	RC	1089516653	X		X		29/07/2026	X		X		MICHEL TORRES	CC	1089510426	Michel Torres
19	ASLIN NOHEMI RIASCOS PRECIADO	RC	1089516669	X		X		29/07/2026	X		X		ADRIANA YISELA RIASCOS	CC	1089508361	Adriana
20	EITHAN MANUEL MARTINEZ ARIZALA	RC	1089516621	X		X		29/07/2026	X		X		MELISA NATALIA ARIZALA	CC	1089512325	Melisa

Nombre completo del responsable de la entrega: MARLIN ANGELICA REDIN	C.C.: 1010056798	Firma: MARLIN REDIN

*RC: Registro civil, TI: Tarjeta de identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PPT: Permiso de permanencia temporal, SD: Sin documento

Scanned with CamScanner

Tipo de servicio:	RNH	URNCI	Servicio Integrado X	Regional: NARIÑO	Centro Zonal: TUMACO
Municipio: MAGUI PAYAN				Nombre del operador: CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO	Mes del encuentro familiar comunitario y entrega de la RFPP: JULIO
Dirección/Lugar del encuentro familiar comunitario: CASA DE LA CULTURA				Nombre del la UDS: UDS_ZRN_SANANDRESDETUMACO	
Nombre de los profesionales que lideran el Fortalecimiento Familiar y entregan la RFPP: MARLIN ANGELICA REDIN VILLOTA, MARIELA QUIÑONES, MARTHA ORIANA RIVAS, ANA MARIA ARIZALA					Fecha en la que se realiza el Fortalecimiento Familiar Comunitario: 29-7-2026

Nº ORDEN	DATOS DEL USUARIO			FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO (No aplica URNCI)				FORTALECIMIENTO FAMILIAR EN EL HOGAR					DATOS DEL ACUDIENTE (Aplica para niñas y niños o acudientes de las mujeres gestantes y personas en gestación)			FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN PARA PREPARAR
	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDA	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA		FECHA	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA RFPP		NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE	TIPO DE DOCUMENTO	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
				SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO				
1	DILAN DARIEL RIASCOS ESTUPIÑAN	RC	1089516668	X		X		29/07/2026	X		X		ADRIANA YISELA RIASCOS	CC	1089508361	Adriana
2	LILIANA MARCELA GARCIA QUIÑONES	CC	1089512832	X		X		29/07/2026	X		X		LILIANA MARCELA GARCIA	CC	1089512532	Liliana Ga
3	DANNA MARCELA QUIÑONES TORRES	CC	1089510937	X		X		29/07/2026	X		X		DANNA MARCELA QUIÑONES	CC	1089510937	Danna Marcela
4	JINEY RODRIGUEZ	CC	1089508526	X		X		29/07/2026	X		X		JINEY RODRIGUEZ	CC	1089508526	Jaby R.
5	EVELIN ESTEFAMI OROZCO AGUIRRE	CC	1089512161	X		X		29/07/2026	X		X		EVELIN ESTEFAMI OROZCO AGUI	CC	1089512161	EVELIN O.
6	OLANIS SEVILLANO QUIÑONES	CC	1089512589	X		X		29/07/2026	X		X		OLANIS SEVILLANO QUIÑONES	CC	1089512589	olanis Sevillano
7	DEISY MEJIA	CC	10895143|6	X		X		29/07/2026	X		X		DEISY MEJIA	CC	10895143|6	Deisi mejia
8	TATIANA MENA LANDAZIRY	CC	1143972871		X	X		29/07/2026		X	X		TATIANA MENA LANDAZIRY	CC	1143972871	Tatiana M.
9	LISETH TATIANA QUIÑONES QUINTERO	TI	1089512934	X		X		29/07/2026	X		X		KAREN LORENA QUIÑONES	CC	1148687182	Liseth Tatiana Q
10	ANA ALEJANDRA CORTES ANGULO	TI	1089513087	X		X		29/07/2026	X		X		SILVIA SELENI CORTES	CC	1089511593	Ana Alejandra Cortes
11																
V																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

Nombre completo del responsable de la entrega: MARLIN ANGELICA REDIN	C.C.: 1010056798	Firma: MARLIN REDIN

*RC: Registro civil, TI: Tarjeta de identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PPT: Permiso de permanencia temporal, SD: Sin documento

Scanned with CamScanner

Tipo de servicio:	RNH	URNCI	Servicio Integrado X	Regional: NARIÑO	Centro Zonal: TUMACO
Municipio: ROBERTO PAYAN			Nombre del operador: CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO		Mes del encuentro familiar comunitario y entrega de la RFPP: JULIO
Dirección/Lugar del encuentro familiar comunitario: BIBLIOTECA MUNICIPAL			Nombre del la UDS: UDS_ZRN_SANANDRESDETUMACO		
Nombre de los profesionales que lideran el Fortalecimiento Familiar y entregan la RFPP: MARLIN ANGELICA REDIN VILLOTA, MARIELA QUIÑONES, MARTHA ORIANA RIVAS, ANA MARIA ARIZALA					Fecha en la que se realiza el Fortalecimiento Familiar Comunitario: 31-7-2026

Nº ORDEN	DATOS DEL USUARIO			FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO No aplica URNCI				FORTALECIMIENTO FAMILIAR EN EL HOGAR					DATOS DEL ACUDIENTE Aplica para niñas y niños o acudientes de las mujeres gestantes y personas en gestación			FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN PARA PREPARAR
	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDA	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA		27/06/2026	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA RFPP		NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTID	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
				SI	NO	SI	NO	27/06/2026	SI	NO	SI	NO				
1	AMANDA QUIÑONES PASTRANA	CC	1089540474	X		X		31/07/2026	X		X		AMANDA QUIÑONES	C.C.	1089540474	AMANDA
2	ASLIN TAMARA ANGULO	RC	1089558125	X		X		31/07/2026	X		X		PAULA YADIRA ANGULO	C.C.	1088726731	JAMAR
3	CAMILA LUCELLYS VALENCIA CASTILLO	C.C.	1144082640	X		X		31/07/2026	X		X		CAMILA LUCELLYS VALENCIA	CC	1144082640	Camila V.
4	JHOHAN DAVID PALACIOS	RC	1089557559	X		X		31/07/2026	X		X		LAILA PAOLA PALACIOS	CC	1087115901	Marlen cortes
5	PABLO ANDRES CASTILLO ANGULO	RC	1089558101	X		X		31/07/2026	X		X		GLORIA MIREYA LANDAZURY	CC	1148687485	[illegible]
6	BRIAN DARIEL SEGURA ANGULO	RC	1089558122	X		X		31/07/2026	X		X		LIANA MARIA ANGULO LANDAZUR	CC	1004747267	Liana angulo
7	ANGEL GAEL CASTILLO MEZA	RC	1080842435		X	X		31/07/2026		X	X		ANGELA DANIELA ANGULO MEZA	T.I.	1089555622	LIDIA
8	AILANI SAMARA QUIÑONES CORTEZ	RC	1089558119	X		X		31/07/2026	X		X		INGRID LILIANA CORTEZ	TI	1111675976	ingrid
9	JENERI ADARA VALENCIA PALACIOS	RC	1089558126	X		X		31/07/2026	X		X		AYDEE MARCELA PALACIOS	CC	1080835572	aidee
10	AITANA NAIARA CORTES CENTENO	RC	1089558135	X		X		31/07/2026	X		X		MARYI YULEINI CENTENO	TI	1087809689	Maryi
11	ALAN DAVID QUIÑONES	SD	D80885945EE74A39AB7BE120A0800D747193	X		X		31/07/2026	X		X		YISE QUIÑONES	TI	1089544214	Yise
V	GABY SORFELIA CABEZAS	TI	1089556326		X	X		31/07/2026		X	X		LIZETH CAROLINA CABEZAS	CC	1089542987	LIDIA
13	DAIR FERNANDO HURTADO CORTES	RC	1089557525	X		X		31/07/2026	X		X		YAQUELIN CORTES	TI	1089542598	Yaqueline
14	DARLYN ISMAEL QUIÑONES GUERRERO	RC	1089557617	X		X		31/07/2026	X		X		YULI TATIANA GUERRERO	CC	1148687524	yuli guerrero
15	TAMY BLIT CASTILLO QUIÑONES	RC	1089557646	X		X		31/07/2026	X		X		LADY LORENA QUIÑONES	CC	1004746910	Lady quiñones
16	MANUEL SAID ORTIZ PEREZ	RC	1089557675		X	X		31/07/2026		X	X		YADIRA JIMENEZ PEREZ	CC	1089542279	Yadira perez
17	JELANY SHARITH CASTILLO PRECIADO	RC	1089557815	X		X		31/07/2026	X		X		LUZ ENEIDA PRECIADO	TI	1089540743	Luz Preciado
18	EYLIN DARIANA CABEZAS ORTIZ	RC	1089557921	X		X		31/07/2026	X		X		MARY NATALIA CABEZAS	TI	1082990335	Eylin dariana
19	EINER ISAAC ARBOLEDA QUIÑONES	RC	1089557943		X	X		31/07/2026		X	X		TATIANA QUIÑONES	CC	1089541585	Tatiana Q.
20	AITHAN SANTIAGO BIOJO PAY	RC	1089558072	X		X		31/07/2026	X		X		MAIRA ALEJANDRA PAY	TI	1089543918	MAIRA PAY

Nombre completo del responsable de la entrega: MARLIN ANGELICA REDIN C.C.: 1010056798 Firma: MARLIN REDIN

*RC: Registro civil, TI: Tarjeta de identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PPT: Permiso de permanencia temporal, SD: Sin documento

Scanned with CamScanner

Tipo de servicio:	RNH	URNCI	Servicio Integrado X	Regional: NARIÑO	Centro Zonal: TUMACO
Municipio: ROBERTO PAYAN			Nombre del operador: CENTRO HOSPITAL DIVINO NIÑO		Mes del encuentro familiar comunitario y entrega de la RFPP: JULIO
Dirección/Lugar del encuentro familiar comunitario: BIBLIOTECA MUNICIPAL			Nombre de la UDS: UDS_ZRN_SANANDRESDETUMACO		
Nombre de los profesionales que lideran el Fortalecimiento Familiar y entregan la RFPP: MARLIN ANGELICA REDIN VILLOTA, MARIELA QUIÑONES, MARTHA ORIANA RIVAS, ANA MARIA ARIZALA					Fecha en la que se realiza el Fortalecimiento Familiar Comunitario: 31-7-2026

Nº ORDEN	DATOS DEL USUARIO			FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO (No aplica URNCI)				FORTALECIMIENTO FAMILIAR EN EL HOGAR					DATOS DEL ACUDIENTE (Aplica para niñas y niños o acudientes de las mujeres gestantes y personas en gestación)			FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN PARA PREPARAR
	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDA	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA		FECHA	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA RFPP		NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTID	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
				SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO				
1	AILANY SAMARA PRECIADO CORTES	RC	1089558089	X		X		31/07/2026	X		X		MAIRA MILESI CORTES	TI	1089543918	maira mileSi
2	SEGUNDA CAROLINA GONZALEZ CABEZAS	CC	1089540434	X		X		31/07/2026	X		X		SEGUNDA CAROLINA GONZALEZ CABEZAS	CC	1089540434	carolina
3	YADIRA JAZMIRA PEREZ OCAMPO	CC	1089542279		X	X		31/07/2026		X	X		YADIRA JAZMIRA PEREZ OCAMPO	CC	1089542279	Yadira Perez
4	DARLY DAYANA MATAMBA QUIÑONES	TI	1089555389		X	X		31/07/2026		X	X		YESISON JAVIER QUIÑONES	RC	1089542913	- Dayana
5	MARIA MILENA ANGULO ANGULO	CC	1080835161		X	X		31/07/2026		X	X		MARIA MILENA ANGULO	CC	1080835161	MARIA mayesi
6	JOSE DAVID QUIÑONES	SD	D2B3548C1EBD4CF78C31EDD5F3ABDAF145910	X		X		31/07/2026	X		X		ANGELA QUIÑONES	CC	1082691468	Angela Q.
7	MERLY MAITE CASTILLO CABEZAS	CC	1082691805	X		X		31/07/2026	X		X		MERLY CASTILLO	CC	1082691805	Merly Castillo
8	ADRIANA ELOISA ANGULO ANGULO	CC	1004747026	X		X		31/07/2026	X		X		ADRIANA ANGILO	CC	1004747026	Adriana
9	INGRID VALENTINA GONZALEZ CABEZAS	CC	1089541757	X		X		31/07/2026	X		X		INGRID GONZALEZ	CC	1089541757	valentina
10	JESICA TATIANA ARAUJO TAICUS	TI	1123327833		X	X		31/07/2026		X	X		MARYORY VILLARREAL	TI	1080835272	
11																
V																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

Nombre completo del responsable de la entrega: MARLIN ANGELICA REDIN C.C.: 1010056798 Firma: MARLIN REDIN

*RC: Registro civil, TI: Tarjeta de identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PPT: Permiso de permanencia temporal, SD: Sin documento

Scanned with CamScanner

Tipo de servicio:	ERN	URNCI	Servicio Integrado X	Regional: Nariño	Centro Zonal: Tumaco
Municipio: Tumaco				Nombre del operador: ESE Centro Hospital Divino Niño	Mes del encuentro familiar comunitario y entrega de la RFPP: JULIO
Dirección/Lugar del encuentro familiar comunitario: CASA COMUNAL DEL BARRIO 11 DE NOVIEMBRE				Nombre de la UDS: UDS_ZRN_SANANDRESDETUMACO	
Nombre de los profesionales que lideran el Fortalecimiento Familiar y entregan la RFPP: Jesus David Armenta Martinez y Cindy Tatiana Vasquez Rosero					Fecha en la que se realiza el Fortalecimiento Familiar y Comunitario: 31 DE JULIO

Nº ORDEN	DATOS DEL USUARIO			FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO (No aplica URNCI)				FORTALECIMIENTO FAMILIAR EN EL HOGAR					DATOS DEL ACUDIENTE (Aplica para niñas y niños o acudientes de las maderas gestantes y personas en gestación)			FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN PARA PREPARAR
	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA RFPP		FECHA	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA RFPP		NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD*	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
				SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO				
1	RICHARD DAMIAN RENJIFO RODRIGEZ	RC	1087844344	X		X							CESAR PERLAZA	CC	87444349	Cesar
2	JONATHAN DAVID MARQUINEZ CUERO	RC	1085350479	X		X							KEVIN GERRERO	CC	1089539669	Kevin
3	LUZ NAYARA VALENCIA VALENCIA	RC	1087224007	X		X							WENDY VALENCIA	CC	1087125799	wendy valencia
4	DERIAN PASCAL CASIERRA	RC	1087844056	X		X							KAREN CASIERRA	CC	1004612234	Karen C
5	JUAN DAVID CORDZO VASQUEZ	TI	1087223961	X		X							KEILY VASQUEZ	CC	1089001075	Keily vasquez
6	ADAHARA SOFIA RIASCOS	TI	EFE98B2547B8A750B3D4E7269BF5	X		X							KATERIN RIASCOS	CC	1087805135	Katherin R
7	JEFFER SANTIAGO JIMENEZ CUERO	RC	1087224086	X		X							LINA CUERO	CC	1087115767	Lina cuero
8	EIMY ADME SOLIS REBOLLEDO	RC	1087223882	X		X							YEILY REBOLLEDO	CC	1086196356	Yeili R
9	LINDA DARIANA ANDRADE OJEDA	RC	1087223963	X		X							MARYURI OJEDA	CC	1087202401	Maryuri Ojeda
10	MARCOS DANOVI HURTADO TENORIO	RC	1087223774	X		X							YADIRA HURTADO	CC	1087121774	Yadira H
11	LANIAN DARIEL CASTILLO CABEZAS	RC	1087844253	X		X							NELSY CABEZAS	CC	1004605336	Nelsy cabezas
12	DARIE SMITH VEIRA HURTADO	RC	1087844244	X		X							DAYANA HURTADO	CC	1087747634	Dayana
13	JAREd SELIM SOLIS HURTADO	RC	1247400127	X		X							FERNANDO VARELA	CC	87943703	
14	MADDISSON ISAHYA BENITEZ VASQUEZ	RC	1087844241	X		X							VIVIAN VASQUEZ	CC	1086724710	
15	KEINER DAVID MAGALLANES QUIÑONEZ	RC	1087218880	X		X							DANIELA QUIÑONES	CC	1130767074	
16	AARAV ALANA BOLAÑOS ARBOLEDA	RC	1087844150	X		X							CRISTIAN BOLAÑOS	CC	1087127405	
17	NAYLE ZARETH PERLAZA CAMPAZ	RC	1087844256	X		X							LLUVIA CAMPAZ	TI	1087806899	Lluvia campaz
18	LUIS FERNANDO SAYA ANGULO	RC	1148179030	X		X							ALBA ANGULO	CC	1004619125	Alba Angulo
19	ABRAHAN LEVIAS SEGURA ESPAÑA	RC	1087224020	X		X							GABI SEGURA	CC	1087111587	Gabi
20	EINARA ZADE ANGULO ORTIZ	RC	1087223765	X		X							LEIDY ORTIZ	CC	1004609900	

Nombre completo del responsable de la entrega: JESUS DAVID ARMENTA — C.C.: 1001999819 — Firma: Jesus P.A

*RC: Registro civil, TI: Tarjeta de identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PPT: Permiso de permanencia temporal, SD: Sin documento

Tipo de servicio:	RNH	URINCI	Servicio Integrado X	Regional: Nariño	Centro Zonal: Tumaco
Municipio: Tumaco			Nombre del operador: ESE Centro Hospital Divino Niño		Mes del encuentro familiar comunitario y entrega de la RFPP: JULIO
Dirección/Lugar del encuentro familiar comunitario: CASA COMUNAL DEL BARRIO 11 DE NOVIEMBRE			Nombre de la UDS: UDS_DRN_SANANGRESOETUMACO		
Nombre de los profesionales que lideran el Fortalecimiento Familiar y entregan la RFPP: Jesus David Armenta Martinez y Cindy Tatiana Vasquez Rosero					Fecha en la que se realiza el Fortalecimiento Familiar y Comunitario: 31 DE JULIO

Nº ORDEN	DATOS DEL USUARIO			FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO (No aplica URINCI)				FORTALECIMIENTO FAMILIAR EN EL HOGAR					DATOS DEL ACUDIENTE (Aplica para niños y niñas o acudientes de las mujeres gestantes y personas en gestación)			FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN PARA PREPARAR
	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA RFPP		FECHA	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA RFPP		NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD*	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
				SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO				
1	JAISETH AILANNY CAICEDO AGREDA	RC	1087844432	X		X							FERNANDA AGREDA	1010209097 CC	1010209097	Fernanda
2	SHALOM DANIELA ZAMORA VILLAREAL	RC	1087223714	X		X							ZARI ZAMORA	CC	1140166708	Zary Zamora
3	YELISMAR SOFIA PERALTA BARREIRO	RC	1087223801	X		X							LUZMAR BARREIRO	CC	1004614677	Luzmar B.
4	THIANA DELFINA PAREDES MANSILLA	RC	1087844383	X		X							GABY MANCILLA	CC	1004641567	Melna Uta.
5	AILANNY YICELA KLINGER PAREDES	RC	1087844368	X		X							DIANA PAREDES	CC	1086055519	Diana P.
6	AILANY MARIANA CORTES HURTADO	RC	1087844339	X		X							YURI HURTADO	CC	1086724510	Yuri Hurtado
7	ELIANITH VICTORIA CAICEDO DELUQUE	RC	1087844380	X		X							ELIZABETH DELUQUE	CC	1087794332	Elizabeth
8	GRECIA VICTORIA ANGULO TORREALBA	RC	1249870301	X		X							NANCY TORREALBA	CE	243599G4	Ruth
9	MELANY YARITZA VALENCIA ESTUPIÑAN	RC	1140169977	X		X							MARIA ESTUPIÑAN	CC	1087804280	Maria
10	ADAHARA CELESTE ANGULO QUIÑONES	RC	1087844305	X		X							TANIA QUIÑONES	CC	1087820750	Tania montaño
11	AILEN SAMARA BIOJO MOLINA	RC	1247469165	X		X							ANGIE BIOJO	CC	1004603952	Angie
12	LIAM GAEL GARRIDO SANTANA	RC	1247469161	X		X							LUZ KATERINE SANTANA	CC	1193220180	Luz Katerine
13	EYDAN AZAEL RENGIFO MAIRONGO	RC	1247469142	X		X							CLARA RENGIFO	CC	1087100795	Clara
14	AURA MARIANA VALENCIA SINISTERRA	RC	1087223836	X		X							KEYLA SINISTERRA	CC	1087862B3	Keyla
15	ELSY LOREANA MOSQUERA CUERO	RC	1087223778	X		X							MARIA ARBOLEDA	CC	1087132655	Maria A.
16																
17																
18																
19																
20																

Nombre completo del responsable de la entrega: JESUS DAVID ARMENTA | C.C: 1061999819 | Firma:

*RC: Registro civil, TI: Tarjeta de identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PPT: Permiso de permanencia temporal, SD: Sin documento

Tipo de servicio:	ENH	URNCI	Servicio Integrado X	Regional: Nariño	Centro Zonal: Tumaco
Municipio: Tumaco				Nombre del operador: ESE Centro Hospital Divino Niño	Mes del encuentro familiar comunitario y entrega de la RFPP: JULIO
Dirección/Lugar del encuentro familiar comunitario: CASA COMUNAL DEL BARRIO 11 DE NOVIEMBRE				Nombre de la UDS: UDS_ERN_SANANDRESDETUMACO	
Nombre de los profesionales que lideran el Fortalecimiento Familiar y entregan la RFPP: Jesus David Armenta Martinez y Cindy Tatiana Vasquez Rosero					Fecha en la que se realiza el Fortalecimiento Familiar Comunitario: 31 DE JULIO

Nº ORDEN	DATOS DEL USUARIO			FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO (No aplica URNCI)				FORTALECIMIENTO FAMILIAR EN EL HOGAR					DATOS DEL ACUDIENTE (Aplica para niñas y niños acudientes de las mujeres gestantes y personas en gestación)			FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN PARA PREPARAR
	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	USUARIO ASISTE SI	USUARIO ASISTE NO	USUARIO RECIBE LA RFPP SI	USUARIO RECIBE LA RFPP NO	FECHA	USUARIO ASISTE SI	USUARIO ASISTE NO	USUARIO RECIBE LA RFPP SI	USUARIO RECIBE LA RFPP NO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD*	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
1	HABEL ADRIANA NIEVAS ORTIZ	CC	1087754043	X		X										Habel Nievas
2	DANEY GISSELA ESTACIO GARCIA	CC	1004638450	X		X							SEGUNDO ESTACIO	CC	13053991	Segundo G.
3	JESUS KATHERINE GARCIA ORTIZ	CC	1004637806	X		X										Katherine Garcia
4	ZULY NAYIVE VALENCIA BARREIRO	CC	1087201423	X		X							FRANCIA BARREIRO	CC	66766725	F Y L O
5	DEREK MATEO RAMOS VELEZ	RC	1030008228	X		X							YUDY RAMOS	CC	1004769050	Ramos Yudi
6	ANAMARH QUIÑONES HERRERA	TI		X		X							ALEXANDRA HERRERA	CC	1006956553	Alexandra
7	SALOME PALACIOS CABEZAS	TI		X		X							ANDREA ESPAÑA	CC	59681503	Andrea España
8	ETHAN DANEL MONTAÑO FERLAZA	RC	1087844348	X		X							MARIA PERLAZA	CC	1134694110	Maria
9	ACHARA ISABEL PORTOCARRERO ZAMORA	TI		X		X							MILIS GARCIA	CE	08043884494	Yeiteny
10	ZOE ANTONELLA CASTRILLON QUIÑONES	TI		X		X							YOELA QUIÑONES	CC	1087118984	Yoela Quiñones
11	THIAGO JESUS ORDOÑEZ CASTILLO	RC	1247469216	X		X							DEISY CASTILLO	CC	1087198648	
12	EMILY SAMARA ANGULO VALENCIA	RC	1087223928	X		X							DARLY VALENCIA	CC	1087128930	Darly
13	ARLETH AILANY MUÑOZ CAICEDO	RC	1087844340	X		X							ZULMA CAICEDO	CC	1004611117	Zulma C.
14	ANGEL SAID QUIÑONES RENTERIA	RC	1087222364	X		X							ADRIANA RENTERIA	CC	1004611140	Yesid E C
15	SARA LUCIANA RIASCOS PEREA	RC	1247469233	X		X							SARAY PEREA	CC	1087804100	Perea Saray
16	DERECK ARYAN CABEZAS ALEGRIA	RC	1087844365	X		X							KANDY ALEGRIA	CC	1004603404	Kandy AG
17	ERIK ZAHIR CAICEDO CABEZAS	RC	1300033488	X		X							JORGE CAICEDO	CC	1087195073	
18	MILAN SAYD VIDAL DAJOME	RC	1087843511	X		X							ADRIANA VIDAL	CC	1094605678	Adriana vidal
19	TAHELY EUGENIA CASTILLO ORTIZ	RC	1087223018	X		X							Clara Castillo	CC	1004609961	Clara Castillo
20	DANNA YARITZA VALENCIA ROMERO	RC	1087842976	X		X							GLADYS ROMERO	CC	1087117564	GLADYS R

Nombre completo del responsable de la entrega: JESUS DAVID ARMENTA — C.C.:1001999919 — Firma: Jesus D. Armenta

*RC: Registro civil, TI: Tarjeta de identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PPT: Permiso de permanencia temporal, SD: Sin documento

Tipo de servicio:	RNH	URNCI	Servicio Integrado X	Regional: Nariño	Centro Zonal: Tumaco
Municipio: Tumaco				Nombre del operador: ESE Centro Hospital Divino Niño	Mes del encuentro familiar comunitario y entrega de la RFPP: JULIO
Dirección/Lugar del encuentro familiar comunitario: CASA COMUNAL DEL BARRIO 11 DE NOVIEMBRE				Nombre del la UDS: UDS_ZRN_SANANDRESDETUMACO	
Nombre de los profesionales que lideran el Fortalecimiento Familiar y entregan la RFPP: Jesus David Armenta Martinez y Cindy Tatiana Vasquez Rosero					Fecha en la que se realiza el Fortalecimiento Familiar Comunitario: 31 DE JULIO

Nº ORDEN	DATOS DEL USUARIO			FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO No aplica URNCI				FORTALECIMIENTO FAMILIAR EN EL HOGAR					DATOS DEL ACUDIENTE Aplica para niñas y niños e incluyentes de las mujeres gestantes y personas en gestación			FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN PARA PREPARAR
	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA RFPP		FECHA	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA RFPP		NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD*	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
				SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO				
1	MIA AINARA ORTIZ OLAYA	RC	1087843235	X		X							FERNANDA OLAYA	CC	1082143441	Fernanda Olaya
2	BELKY ALEXANDRA VALLECILLA CORREA	RC	1247468360	X		X							MAUREN MENA	TI	1087814390	Mauren
3	YANIRA DIAZ CASTILLO	CC	1087191328	X		X										Yanira Diaz
4	JHON SNEIDER CASTILLO ANGULO	RC	1247468826	X		X							KAREN ANGULO	CC	1004614443	Karen
5	ALEIDA PRADO CORTES	CC	1089538748	X		X							ALEIDA PRADO	CC	1089538748	Aleida Prado
6	KENNI MARCIANA LASSO TENORIO	CC	1004693851	X		X										*KENNY LASSO T.
7	KONNI VALERIA LANDAZURY CAJARES	TI	1087810430	X		X										*Konni Landazu
8	DAHIAN MARIANI ESPAÑA MONTAÑO	RC	1087842728	X		X							AIDY MONTAÑO	CC	1004639666	*Aidy
9	YESICA ALEJANDRA CAMPAZ CAICEDO	CC	1087121842	X		X										*Yesica L.
10	KATTY VERONICA SANCHEZ VENTE	CC	1087202357	X		X										*Sanchez Katty
11	ZOE YARELIS ORTIZ QUIÑONES	RC	1087843220	X		X							DEISY QUIÑONES	CC	1087805270	Deisy Quiñones
12	ANYALICIA TORRES QUIÑONES	TI	1004603476	X		X										*Any Torres
13	ANGELA YISELA VALENCIA QUIÑONES	CC	1087807304	X		X										*Angela Valencia
14	MARLIN YULIETH MERLANO DIAZ	CE	30809188	X		X										Marlin M
15	RUBY NATHALIA GONZALEZ HURTADO	CC	1087823244	X		X										R.Gonzales
16																
17																
18																
19																
20																

Nombre completo del responsable de la entrega: JESUS DAVID ARMENTA — C.C.:1001999919 — Firma: Jesus D. Arm

*RC: Registro civil, TI: Tarjeta de identidad, CC: Cedula de ciudadania, CE: Cédula de extranjeria, PPT: Permiso de permanencia temporal, SD: Sin documento

Mes 1 mirando Julio

Tipo de servicio:	RNH	URNCI	Servicio Integrado X	Regional: Nariño	Centro Zonal: Tumaco
Municipio: Tumaco			Nombre del operador: ESE Centro Hospital Divino Niño		Mes del encuentro familiar comunitario y entrega de la RFPP: Julio
Dirección/Lugar del encuentro familiar comunitario: SALON COMUNAL DE BUENOS AIRES			Nombre del la UDS: UDS_ZRN_SANANDRES DE TUMACO		
Nombre de los profesionales que lideran el Fortalecimiento Familiar y entregan la RFPP: EVELIN ADRIANA PACHAJOA - JENIFER JOHANA SALAZAR					Fecha en la que se realiza el Fortalecimiento Familiar Comunitario: 31/07/2026

Nº ORDEN	DATOS DEL USUARIO			FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO (No aplica URNCI)				FORTALECIMIENTO FAMILIAR EN EL HOGAR					DATOS DEL ACUDIENTE (Aplica para niños y niñas o acudientes de las mujeres gestantes y personas en gestación)			FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN PARA PREPARAR
	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA		FECHA	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA		NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD*	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
				SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO				
1	MIA SALOME DE LA CRUZ VELASCO	RC	1030025345	X		X							Vanesa velasco	CC	1087178703	Vanesa velasco
2	LORENA BIOJO GRUESO	CC	1087784145	X		X							Lorena Biojo	CC	1087784145	Lorena Biojo
3	DILAN JOSUE TORRES CABEZAS	RC	1087223581	X		X							maria cabezas	CC	1004640617	Maria Cabezas
4	BRAYAN AXIEL RIVADENEIRA BRAVO	RC	1087223604	X		X							Rivadeneira	CC	1086743886	Nita O
5	ALAN ELIAS REINA CAICEDO	RC	1087844042	X		X							maria caicedo	TI	1087815872	Maria caicedo
6	JULIETH CALZADA ANGULO	CC	1087189394	X		X							-			Julieth calzada
7	DIANA QUIÑONES	CC	1087127810	X		X							Dilan Quiñones	CC	1148688690	Dilan
8	ZUREYA TAILANI BURBANO PLAZA	RC	1087844182		X	X	X						Cintia Plaza	CC	1004613661	Cinthya
9	KIMBERLY YIRETH CORTES MONTAÑO	RC	1247469073	X		X							Gina montano	CC	1004746826	
10	ANTHONY MAEL REINA PEREA	RC	1247469120	X		X							Adriana Quiñones	CC	1087809771	Deyven
11	GENESIS AMILANY MICOLTA ERASO	RC	1247469129	X		X							maidin micolta	CC	1087810493	Maidin Micolta
12	ISMAEL MAURICIO CAICEDO SEGURA	RC	1247469132	X		X							Sandra segura	CC	1087131360	Sandra
13	NOAH SMITH ALEGRIA MUÑOZ	RC	1085351059	X		X							Dulce allegria	TI	1087817714	Dulce Alegria
14	KATTY DURLEY ITURRY ANGULO	CC	1087781470	X		X							liz marquez	CC	1087176193	liz marquez
15	ALISSON MAZUERA HERNANDEZ	RC	1087844221	X		X							leidy landazury	CC	1113671513	
16	MADELEIN SALOME CASTRO PAI	RC	1249870367	X		X							maria castro	CC	59675764	lupe castro
17	JAZLIN ALANA BASTIDAS MARQUINEZ	RC	1247469181	X		X							Any marquez	CC	1087807924	Any M.
18	AYSEL SHARELY ALARCON HURTADO	RC	1087219930	X		X							Alexandra Hurtado	CC	1124116536	
19	WILLIAM ALEJANDRO SEVILLANO NIEVAS	RC	1087220899	X		X							tania sevillano	CC	1087782704	tania
20	JOSE DANIEL DELGADO ESPAÑA	RC	1087222238	X		X							sandra ortiz	CC	1193574038	

Nombre completo del responsable de la entrega: evelin Madrid Jaramillo	C.C.: 1004219747	Firma: evelin Madrid Jaramillo

*RC: Registro civil, TI: Tarjeta de identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PPT: Permiso de permanencia temporal, SD: Sin documento

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente

Tipo de servicio:	ENH	URNCI	Servicio Integrado II	Regional: Nariño	Centro Zonal: Tumaco
Municipio: Tumaco				Nombre del operador: ESE Centro Hospital Divino Niño	Mes del encuentro familiar comunitario y entrega de la RFPP: Julio
Dirección/Lugar del encuentro familiar comunitario: SALON COMUNAL DE BUENOS AIRES				Nombre de la UDS: UDS_ZRN_SANANDRESDETUMACO	
Nombre de los profesionales que lideran el Fortalecimiento Familiar y entregan la RFPP: EVELIN ADRIANA PACHAJOA – JENIFER JOHANA SALAZAR					Fecha en la que se realiza el Fortalecimiento Familiar Comunitario: 31/07/2024

Nº ORDEN	DATOS DEL USUARIO			FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO No aplica URNCI				FORTALECIMIENTO FAMILIAR EN EL HOGAR					DATOS DEL ACUDIENTE Aplica para niños y niñas o cuidantes de las mujeres gestantes y personas en gestación			FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN PARA PREPARAR
	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA RFPP		FECHA	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA RFPP		NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD*	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
				SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO				
1	ANA PATRICIA MARQUINEZ ORDOÑES	CC	1087117545	X		X										Ana Marquinez
2	MARTHA MILENA RUIZ ANGULO	CC	1004614381	X		X										Martha Ruiz
3	JULIA ALEIDA ANGULO ORTIZ	CC	1087078750	X		X										Aleida O.
4	LANIAM JOSUE ARROYO VALENCIA	RC	1087843392	X		X							patricia valencia	CC	1087189335	Patricia V.
5	KIMBERLY JHANETH CUERO VALLECILLA	RC	1087843498	X		X							tatiana vallecilla	CC	1080835140	Diana V L
6	JOSE ALBERTO VALENCIA ZAMBRANO	RC	1140109943	X		X							melisa zambrano	CC	0804495471	
7	VALESKA ALEJANDRA VALESTEGUI	TI	1087816013	X		X							Maricela Cortes	CC	1087708867	Maricela Cortes.
8	EMILIANO TENORIO GONGORA	R.C	1247460261	X		X							camila Gonzalez	CC	1004693363	Camila G.
9	AILANY QUIÑONES CUERO	RC	1087223830	X		X							Andrea cuero	CC	1004614216	Andrea Cuero
10	MELANY ARROYO CASTILLO	RC	1087844469	X		X							Ris castillo	CC	1004619092	Castillo
11	KATARA FERNANDA CORTES MALAVA	RC	1247469194	X		X							daniela malava	CC	1004637493	Daniela M
12	ERICK DARIEL PASCAL ALEGRIA	RC	1087223831	X		X							mariam alegria	CC	1004641124	Mariam Alegria
13	DAILANI TEJADA ARBOLEDA	RC	1087844375	X		X							Yohemi Palacios	CC	1087140429	Yohemi A
14	NEITAN ELIAN DEL CASTILLO ARROYO	RC	1087844294	X		X							Elizabeth Arroyo	CC	1087119083	Lizeth Arroyo.
15	ZAMI ABDIEL ORTIZ CASTILLO	RC	1247469180	X		X							Mariela castillo	CC	1087195438	Mariela Castillo
16	BEATRIZ LEONARDA ORTIZ TORRES	C.C.	1087202461	X		X										Beatriz
17	EMILIANO GARCIA DEL CASTILLO	RC	1087223705	X		X							Erica Garcia	CC	1004617113	Erica Garcia
18	JAVIER MATHIAS CASANOVA PAREDES	RC	1030025640	X		X							Paula Paredes	CC	1087208893	Paula Paredes A.
19	BRYAN ALEJANDRO GARCES ORDOÑEZ	RC	1087223893	X		X							Silvia Acosta	CC	1087780721	Silvia
20	YURI VERONICA GARCIA RUIZ	C.C.	1087780489	X		X										Yuri Garcia.

Nombre completo del responsable de la entrega: Evelin Adriana Pachajoa Riascos C.C. 1087147157 Firma: Evelin Pachajoa

*RC: Registro civil, TI: Tarjeta de identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PPT: Permiso de permanencia temporal, SD: Sin documento

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA AL FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO Y ENTREGA DE RFPP

Tipo de servicio:	RNH	URNCI	Servicio Integrado X	Regional: Nariño	Centro Zonal: Tumaco

Municipio: Tumaco	Nombre del operador: ESE Centro Hospital Divino Niño
Dirección/Lugar del encuentro familiar comunitario: SALON COMUNAL DE BUENOS AIRES	Nombre del la UDS: UDS_ZRN_SAMANDRESOETUMACO
Nombre de los profesionales que lideran el Fortalecimiento Familiar y entregan la RFPP: EVELIN ADRIANA PACHAJOA - JENIFER JOHANA SALAZAR	Mes del encuentro familiar comunitario y entrega de la RFPP: Julio
	Fecha en la que se realiza el Fortalecimiento Familiar Comunitario: 31/07/2026

Nº ORDEN	DATOS DEL USUARIO			FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO (No aplica URNCI)				FORTALECIMIENTO FAMILIAR EN EL HOGAR					DATOS DEL ACUDIENTE (Aplica para niños y niñas o acudientes de las mujeres gestantes y personas en gestación)			FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN PARA PREPARAR
	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA RFPP		FECHA	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA RFPP		NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD*	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
				SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO				
1	EMMANUEL DAVID ANDRADE GUERRERO	RC	1087223802	X		X							Lina Guerrero	CC	1087784324	Lina Guerrero
2	CLOE SHARLOTTE TORRES ROSERO	RC	1087844501	X		X							Lina Rosero	CC	1087784732	Lina Rosero.
3	ANA MILENA CASTILLO ORDOÑEZ	C.C.	1087801529	X		X							Sergio Espitia	CC	1087784478	Sergio
4	EILYN YOMAIRA CHUIRA ASPRILLA	RC	1247409213	X		X							Beatriz Ortiz	C.C	1087202461	Beatriz
5	THIAGO YAEL CASTILLO CUERO	RC	1087844247	X		X							Deyanira Cuero	CC	1105930067	Deyanira
6	THIAGO EMMANUEL ALARCON BENITEZ	RC	1087844349	X		X							Juliethbenitez	RC	1093547582	Margenitez
7	LUISA MAYERLI ARIZALA CASCEDO	T.I.	1087815838	X		X							Cindy Cascedo	CC	1004682415	Cindy C
8	AILIN AITHANA PALACIOS ORTIZ	RC	1247409200	X		X							Wendy Ortiz	TI	1090166770	Wendy
9	AILANY NAYARA MOLINA BAI	RC	1087844272	X		X							Karla Bai	CC	1087874058	Karla Bai.
10	ZIAN ASIEL CORTES MONCAYO	RC	1247409600	X		X							Karla Castillo	CC	1087701743	Karla C.
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

Nombre completo del responsable de la entrega: Evelin Adriana Pachajoa Salazar | C.C.: 1085114747 | Firma:

*RC: Registro civil, TI: Tarjeta de identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PPT: Permiso de permanencia temporal, SD: Sin documento

Todo JUIC RFPP

Tipo de servicio:	RNH	URNCI	Servicio Integrado X	Regional: Nariño	Centro Zonal: Tumaco
Municipio: Tumaco				Nombre del operador: ESE Centro Hospital Divino Niño	Mes del encuentro familiar comunitario y entrega de la RFPP: JULIO
Dirección/Lugar del encuentro familiar comunitario: SALON COMUNAL DE BUENOS AIRES				Nombre de la UDS: UDS_ZRN_SANANDRESDETUMACO	
Nombre de los profesionales que lideran el Fortalecimiento Familiar y entregan la RFPP: EVELIN ADRIANA PACHAJOA - JENIFER JOHANA SALAZAR					Fecha en la que se realiza el Fortalecimiento Familiar Comunitario: 31/07/2026

Nº ORDEN	DATOS DEL USUARIO			FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO (No aplica URNCI)				FORTALECIMIENTO FAMILIAR EN EL HOGAR					DATOS DEL ACUDIENTE (Aplica para niños y niñas o acudientes de las mujeres gestantes y lactantes en gestación)			FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN PARA PREPARAR
	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA		FECHA	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA		NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD*	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
				SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO				
1	HASMIN CARLEIDY PASTRANA CORTES	RC	1247468866	X		X							[illegible]	CC	[illegible]	[illegible]
2	LUZ MERY ANGULO ANGULO	CC	1004614384	X		X										Luz Mery Angulo
3	BRIANA MARIA PORTOCARRERO GUERRERO	RC	1087222028	X		X							Diana Peñaza	CC	1089498444	Diana
4	MARIA JOSE QUIÑONES ESPAÑA	RC	1087558017	X		X							Maria España	CC	59677818	Aidee E
5	THIANA MICHEL PORTOCARRERO FUERRERO	RC	1087224030	X		X							Diana Peñaza	CC	1089498444	Diana
6	SAIRY NICOL DAJOME VIVEROS	RC	1087223654	X		X							Sairy Viveros	CC	1044617450	Sairy Viveros
7	GENESIS NAELA CASTRO CORTES	RC	1087223672	X		X							Yanci Cortes	CC	1087823676	Ana Cortez.
8	KATTY JIMENA ORDOÑEZ ORDOIO	CC	1004612638	X		X										Katty Ordoñez
9	LAHIAM ALEXANDER CUERO BUILA	RC	1087844187	X		X							Maria Huila	CC	1087817296	Maria Buila
10	OSSI YAREXIA ZAMORA CAICEDO	RC	1087223500	X		X							Gloria Caicedo	CC	1087228842	Gloria Caicedo
11	NATALIE DAYANA GUISAMANO GIRON	RC	1087843834	X		X							Natalia Giron	CC	1087813672	Natalia Giron
12	MARYIN GISEL CUERO ORTIZ	RC	1247468719	X		X							Paula Ruiz	CC	1140166369	Paula ruiz
13	NAYAN EMIR PORTOCARRERO CASTILLO	RC	1140170012	X		X							Leidy Castillo	CC	1193466461	Leidy C.C.
14	GENESIS DARIANA HURTADO ANGULO	RC	1085351153	X		X							Angie Hurtado	CC	1087812528	Annie Hurtado A.
15	KAILIN LOHANI VALENCIA VASQUEZ	RC	1247488124	X		X							Michel Sanchez	CC	1087805828	Michel.
16	EMMA JULIETH TORRES CUERO	RC	1087221491	X		X							Yeison Torres	CC	1087806936	Jeison Torres
17	VIVIAN JANETH MARQUINEZ CASIERRA	RC	1087219494	X		X							Jenny Cabrera	CC	59686787	Jenny
18	MARIA JOSE MAQUILON GOMEZ	CC	1087800903	X		X										Maria G.
19	MOISES SARIEL CORTES LUNA	RC	1087843537	X		X							Seany Cortes	CC	1087888414	Seany Cortes
20	AILANY PAULETT GUERRERO MUÑOZ	RC	1087844290	X		X							Elizabeth Mora	CC	1087806838	Elizabeth.

Nombre completo del responsable de la entrega:	Estefanía Pacheco Barreto Camargo	C.C.:	1004194797	Firma:	Estefanía Pacheco Barreto

*RC: Registro civil, TI: Tarjeta de identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PEP: Permiso de permanencia temporal, SD: Sin documento

RFPP TENDO JULIO

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA AL FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO Y ENTREGA DE RFPP

FO-PR01-PP
Versión 12
Página 1 de 1
25/04/2025
Clasificación de la información: PÚBLICA

Tipo de servicio:	RNH	URNCI	Servicio Integrado X	Regional: Nariño	Centro Zonal: Tumaco
Municipio: Tumaco			Nombre del operador: ESE Centro Hospital Divino Niño		Mes del encuentro familiar comunitario y entrega de la RFPP: JULIO
Dirección/Lugar del encuentro familiar comunitario: SALON COMUNAL DE BUENOS AIRES			Nombre de la UDS: UDS_ZRN_SANANDRESDETUMACO		
Nombre de los profesionales que lideran el Fortalecimiento Familiar y entregan la RFPP: EVELIN ADRIANA PACHAJOA - JENIFER JOHANA SALAZAR					Fecha en la que se realiza el Fortalecimiento Familiar Comunitario: 31/07/2026

Nº ORDEN	DATOS DEL USUARIO			FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO (No aplica URNCI)				PORTALECIMIENTO FAMILIAR EN EL HOGAR					DATOS DEL ACUDIENTE (Aplica para niñas y niños o acudientes de las mujeres gestantes y personas con gestación)			FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN PARA PREPARAR
	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	USUARIO ASISTE SI	USUARIO ASISTE NO	USUARIO RECIBE LA SI	USUARIO RECIBE LA NO	FECHA	USUARIO ASISTE SI	USUARIO ASISTE NO	USUARIO RECIBE LA SI	USUARIO RECIBE LA NO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD*	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
1	ISABELA ORTIZ PRECIADO	RC	1087217974	X		X							Yubi Preciado	CC	1084605716	Yubi Preciado
2	ANDER GAEL LANDAZURI SOLIS	RC	1087221790	X		X							Jenifer Solis	CC	1193575390	Yenifer SOLIS
3	EITHAN ADRIAN CAMACHO MOSQUERA	RC	1087221827	X		X							Jose camacho	CC	1087805394	
4	LEIMER DAMIAN QUIÑONES SEVILLANO	RC	1087223025	X		X							Ana mesa	CC	59682677	Ana mesa
5	DAMIAN FIDENCIO CASTAÑEDA QUIÑONES	RC	1247468885	X		X							Claudia Castaneda	CC	1004619026	Madelia Castañeda
6	LAURA ZAMIRA QUIÑONES MARQUEZ	RC	1235289070	X		X							Leidy Caicedo	CC	1087F89880	Leidy Caicedo
7	LUZ AHILANA OCAMPO PALACIOS	RC	1247469113	X		X							claudia palacios	CC	1014662049	Claudia Palacios
8	LIAN DAVID VIVEROS QUIÑONES	RC	1087844107	X		X							Dayce Quiñones	TI	1087809071	Xiomara
9	THIANA MISHEL PORTOCARRERO GUERRERO	RC	1087224030	X		X							Diana Perea	CC	1088798449	Diana P.
10	JAIME JAZIEL MONTERO CORTES	RC	1087223675	X		X							Estefany montero	CC	1006617543	Estefany M.
11	AILANY ESTEFANIA BANGUERA ANTE	RC	1087223738	X		X							Leidy Ante	CC	1087117846	Leidy A.
12	DANNA LISVETH GUANGA CABEZAS	RC	1087223742	X		X							Paola Guanga	CC	1087111709	Paola Guanga
13	JAQUELIN ADRIANA CORTES TUNJA	C.C.	1087123734	X		X							Carmen tunja	CC	1087118650	Carmen Tunja
14	EITHAN MANUEL VALENCIA DAJOME	RC	1087223940	X		X							Kiara Dajome	CC	1087116792	Kiara nieves
15	CESAR DAVID ALBUTRIA ALVAREZ	RC	1087223874	X		X							Andrea albanez	CC	1089709641	Andrea
16	ANTURI ESTEFANI CUERO CAMACHO	RC	1087844258	X		X							Karen camacho	CC	1087778071	Karen
17	ANGEL AMIR BATALLA TORRE	RC	1247469159	X		X							Patricia quiñones	CC	1087123694	Patricia Q.
18	SAMUEL ELIAS VASQUEZ SOLIS	RC	1087844248	X		X							Diana Solis	CC	1057941630	Diana Solis
19	LUIS ISMAEL QUIÑONES DELGADO	RC	1087223851	X		X							Ramiro Bac	CC	1004610266	Ismar Rosero
20	DANNA GENITH ZAMBRANO ANGULO	C.C.	1004611145	X		X							sandra angulo	CC	59681104	Sandra Angulo

¡Antes de imprimir este documento... piensa en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento es considerada como COPIA NO CONTROLADA

Nombre completo del responsable de la entrega: Edin Edilgardo Padraza Restrepo	C.C.: 1004214747	Firma: edinpadraza

*RC: Registro civil, TI: Tarjeta de identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PPT: Permiso de permanencia temporal, SD: Sin documento

LFRP3 Tayda Julio

Tipo de servicio:	RNH	URNCI	Servicio Integrado X	Regional: Nariño	Centro Zonal: Tumaco
Municipio: Tumaco			Nombre del operador: ESE Centro Hospital Divino Niño		Mes del encuentro familiar comunitario y entrega de la RFPP: JULIO
Dirección/Lugar del encuentro familiar comunitario: SALON COMUNAL DE SUEÑOS AIRES			Nombre de la UDS: UDS_ZRN_SANANDRESDETUMACO		
Nombre de los profesionales que lideran el Fortalecimiento Familiar y entregan la RFPP: EVELIN ADRIANA PACHAJOA - JENIFER JOHANA SALAZAR					Fecha en la que se realiza el Fortalecimiento Familiar Comunitario: 31/07/2026

Nº ORDEN	DATOS DEL USUARIO			FORTALECIMIENTO FAMILIAR COMUNITARIO (No aplica URNCI)				FORTALECIMIENTO FAMILIAR EN EL HOGAR					DATOS DEL ACUDIENTE (Aplica para niños y niñas o acudientes de las mujeres gestantes y personas en gestación)			FIRMA O HUELLA DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN PARA PREPARAR
	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA		FECHA	USUARIO ASISTE		USUARIO RECIBE LA		NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD*	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
				SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO				
1	AYLIN YASMIRA CAICEDO VALENCIA	RC	1087844318	X		X							Aylin Valencia	CC	1130630886	Aylin Valencia
2	CELIA YOLEIDA QUIÑONES ANGULO	CC	1130644577	X		X							Amalia Mendoza	CC	13057861	
3	ASHLEY SAMANTHA RODRIGUEZ CASTRO	RC	1087223712	X		X							Jhon Arboleda	CC	1140166744	Jhon
4	ADRIANA LUCIA ANGULO QUINONES	C.C.	1087800667	X		X										Adriana Angulo
5	ASHLEY AILANY SEVILLANO ERAZO	RC	1087223919	X		X							Diana Erazo Rodriguez	CC	1004637699	Diana Cioro
6	MIA MONTENEGRO SINISTERRA	RC	1087844440	X		X							Laura Imberia	CC	1088876969	Laura.S
7	NAHIARA ALEJANDRA SINISTERRA CASTILLO	RC	1247469183	X		X							Dulce Castillo	CC	1087178900	Dulce
8	LIA MAE SALAZAR CAJARES	RC	1087224055	X		X							Madin Cajares	CC	1087190886	Madelyn .C
9	CAROLIN LUCIANA BARAHONA	RC	1087224058	X		X							Elizabeth Mejia	CC	1087807755	Elizabeth
10	CLAUDIA LILIANA QUIÑONES LANDAZURI	C.C.	1087815973	X		X							Ilona Diaz	CC	1087167250	Ilona D.
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

Nombre completo del responsable de la entrega: Evelin Adriana Padraza P.	C.C.: 1064119471	Firma: Evelin Padraza P.

RC: Registro civil, TI: Tarjeta de identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería, PPT: Permiso de permanencia temporal, SD: Sin Documento