

	PROCESO PROTECCIÓN FORMATO AUTO DE APERTURA DE INVESTIGACIÓN	F20.P1.P	30/09/2019
		Versión 1	Página 1 de 4

El siguiente formato lo deben diligenciar los Defensores y Comisarios de Familia como requisito en la publicación de los adolescentes en el programa **“ME CONOCES”**

Los Requisitos son:

Ciudad: Santiago de Cali
Regional: Valle del Cauca
Centro Zonal: Suroriental

Fijado el: 16 de marzo de 2026
Desfijar el: 20 de marzo de 2026

Oficina Asesora de Comunicaciones

Artículo 102 del Código de la Infancia y la Adolescencia
Artículo 318 del Código de Procedimiento Civil

Dirección del Centro Zonal o Comisaria de Familia: Calle 73 N No. 8ª-35, Barrio Andrés Sanín, Santiago de Cali

Teléfono del Centro Zonal o Comisaria de Familia: 4882525 Ext. 265012 o 265009

Folios Enviados: Sin Foto

Solicitud: Publicación

Nombre Completo del niño: **ANGEL SAMUEL ALVAREZ BEDOYA**

Edad del niño: **04 años**

Fotografía del niño fondo azul tamaño Postal (12x12) **NO SE ANEXA**

Numero Historia de Atención del niño: **1080709173**

Nombre Completo de la Madre: **VIVIANA XIMENA BEDOYA ARIAS**

Nombre Completo del Padre: **DANIEL ALEXANDER ALVAREZ GUERRERO**

Nombre del Defensor o Comisario de Familia: **LUIS EMIRO GUERRERO MORENO**

Firma del Defensor o Comisario de Familia _____



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 SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012