En el marco del Estado de Emergencia Económica Social y Ecológica, decretado por el Gobierno Nacional, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar adoptó medidas de prevención, manejo y contención con ocasión de la COVID- 19 para la atención presencial en las Unidades de Servicio -UDS, Unidades Comunitarias de Atención -UCA- y Grupo de Atención -GA- de todas las modalidades y servicios de atención a la Primera Infancia que presta el ICBF.

En tal sentido, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, implementará la **atención presencial bajo el esquema de alternancia**, garantizando la aplicación de los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional y lo establecido en el *“Anexo de orientaciones técnicas, operativas y financieras para la atención presencial en los servicios de Primera Infancia del ICBF bajo el esquema de alternancia”,* adoptado por la resolución 1111 del 1 de marzo de 2021.

La Unidad de Servicio (UDS) / Grupos de Atención (GA) o Unidad Comunitaria de Atención (UCA)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la regional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ubicada en el municipio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vinculada a la Entidad Administradora del Servicio (EAS)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con el número de contrato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha sido seleccionada para el desarrollo de la atención presencial bajo el esquema de alternancia, luego de cumplir con los criterios infraestructura, dotación, señalización, talento humano y usuarios definidos en el procedimiento establecido en el “*Anexo de orientaciones técnicas, operativas y financieras para la atención presencial en los servicios de Primera Infancia del ICBF bajo el esquema de alternancia”,* lo cual garantiza la implementación de las medidas de bioseguridad y distanciamiento individual responsable necesarias para disminuir el riesgo de contagio de la COVID-19.

De acuerdo con lo anterior, yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, obrando en calidad de:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Padre** |  | **Madre** |  | **Cuidador Responsable** |  | **Usuaria: Mujer gestante (mayor de 18 años)** |  |

**\***De la niña, niño o mujer gestante adolescente, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) \_\_\_, TI\_\_\_\_, CE\_\_\_\_, número\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifiesto que:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SI** |  | **NO** |  |  |  |  | Conozco en que consiste la atención presencial bajo el esquema de alternancia. |
| **SI** |  | **NO** |  |  |  |  | Acepto de forma voluntaria que la niña/niño/mujer gestante que represento, quien es usuario de la UDS/GA/UCA asista de forma presencial bajo el esquema de alternancia. |
| **SI** |  | **NO** |  |  |  |  | Conozco cuales son las responsabilidades y deberes de la familia, talento humano y EAS que contribuyen a velar por el bienestar individual y colectivo de las niñas, niños, mujeres gestantes, familias y comunidad. |
| **SI** |  | **NO** |  |  |  |  | Nos comprometemos como familia y/o cuidador responsable, a seguir las indicaciones de medidas de bioseguridad y distanciamiento individual responsable requeridas para disminuir el riesgo de contagio de la COVID-19. |
| **SI** |  | **NO** |  | **NO APLICA** |  |  | En la familia habitamos con personas mayores de 60 años, sin embargo, manifiesto voluntariamente el deseo que la niña/niño/mujer gestante que represento, haga parte de la presencialidad, y como familia nos comprometemos a cumplir con las medidas de bioseguridad en casa. |
| **Suscriben: Firma**[[1]](#footnote-1) |  |  |  |
| **Nombres y apellidos** |  | **Tipo y número de identificación** |  |
| **Calidad /Titular** |  | **Dirección** |  |
| **Teléfono de contacto** |  | **Fecha** |  |

***\*Nota:*** *En caso de usuaria mujer gestante mayor de 18 años, no debe diligenciar este apartado.*

1. En caso tal persona no sepa firmar, el responsable de tomar los datos dará a conocer la información contenida en el presente documento, los consignará y toma la huella de ese padre, madre o adulto cuidador responsable o mujer gestante que los suministra. [↑](#footnote-ref-1)