PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO CONTROL DE INVENTARIOS DE ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL

NOMBRE DEL PUNTO DE ENTREG	BODEGA FUNPERS	**CODIGO DEL PUNTO**	900631966
NOMBRE RESPONSABLE DEL PU	JUDITH MUÑOZ	**NOMBRE RESPONSABLE DE DILIGENCIAR EL FORM**	JUDITH MUÑOZ
REGIONAL	PUTUMAYO	**CENTRO ZONAL**	SIBUNDOY
MUNICIPIC	SIBUNDOY		

DESCRIPCION DEL AAVN: **Bienestarina Más®** ☐ **Bienestarina Más® Vainilla** ☐ **Bienestarina Más® Fresa** ☒
Alimento para la Mujer Gestante y en Periodo de Lactancia ☐
Bienestarina® Líqui ☐ **Sabor:** _____ **Otro** ☐ **Cúal:** _____

VALOR INFORMATIVO DEL PRECIO DEL AAVN	**Mes:** _____	**Valor:** _____	**Mes:** _____	**Valor:** _____	**Mes:** _____	**Valor:** _____		
	Mes: _____	**Valor:** _____	**Mes:** _____	**Valor:** _____	**Mes:** _____	**Valor:** _____		
	Mes: _____	**Valor:** _____	**Mes:** _____	**Valor:** _____	**Mes:** _____	**Valor:** _____		

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidades)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidades)	RESERVA (Unidades)
									Unidades	Destino				
Día	Mes	Año			Día	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras			
11	5	2020	1217989	1664129	22	8	2020	76	0	-	-	76	76	0
11	5	2020	NA	1664129	22	8	2020	0	33	-	X	43	43	0
12	5	2020	NA	1664129	22	8	2020	0	43	-	X	0	0	0
5	6	2020	1221539	1664129	22	8	2020	74	0	-	-	74	74	0
5	6	2020	1221539	1683497	27	10	2020	27	0	-	-	27	101	0
9	6	2020	NA	1664129	22	8	2020	0	48	-	X	26	53	0
9	6	2020	NA	1683497	27	10	2020	0	14	-	X	13	39	0
10	6	2020	NA	1664129	22	8	2020	0	26	-	X	0	13	0
10	6	2020	NA	1683497	27	10	2020	0	13	-	X	0	0	0
4	8	2020	1229731	1700217	27	12	2020	102	0	-	-	102	102	0
11	8	2020	NA	1700217	27	12	2020	0	102	-	X	0	0	0

Fiirma del responsable del punto de entrega _____

Cédula del responsable del punto de entrega _____

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 POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO CONTROL DE INVENTARIOS DE ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidades)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidades)	RESERVA (Unidades)
									Unidades	Destino				
Día	Mes	Año			Día	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras			

Fiirma del responsable del punto de entrega _____

Cédula del responsable del punto de entrega _____

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 POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

INSTRUCTIVO FORMATO CONTROL DE INVENTARIOS ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL

ALCANCE	Este formato aplica en los puntos de entrega exclusivamente, para llevar el control de los movimiento de entradas, salidas y existencias de los alimentos de Alto Valor Nutricional (AAVN). Debe diligenciarse cada vez que haya movimientos de inventarios dentro del punto de entrega. Se debe diligenciar **un formato por cada referencia de AAVN**: 1. Bienestarina Más®, 2. Bienestarina Más® Vainilla, 3.Bienestarina Más® Fresa, 4. Bienestarina® Líquida, 5. Alimento para la Mujer Gestante y Madre en periodo de Lactancia y 5. otro Alimento de Alto Valor Nutricional cuando aplique.
ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO	El diligenciamiento de este formato está a cargo del responsable del punto de entrega primario y/o la persona autorizada y encargada del control de inventarios en el punto de entrega.
En el encabezado están los datos básicos del punto de entrega los cuales deben ser diligenciados como se describe a continuación:	
NOMBRE DEL PUNTO DE ENTREGA	Escriba el nombre del punto de entrega primario donde se recibe el Alimento de Alto Valor Nutricional, por ejemplo: "Bodega Alcaldía Municipal"; " Hogar Infantil Los Pitufos".
NOMBRE RESPONSABLE DEL PUNTO:	Escriba el nombre de la persona responsable de recibir los Alimentos de Alto Valor Nutricional en el punto de entrega primario la cual aparece registrada en el sistema y/o base de datos del ICBF.
NOMBRE RESPONSABLE DE DILIGENCIAR EL FORMATO:	Indique el nombre de la persona autorizada y encargada del diligenciamiento de este formato.
CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA:	Escriba el código del punto de entrega con el cual fue registrado en el sistema y/o base de datos del ICBF, este código aparece consignado en el acta de entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional (AAVN) del transportador.
REGIONAL:	Diligencie el nombre del Departamento en el cual está ubicado el punto de entrega primario, para el caso de Distrito Capital es la Regional Bogotá.
MUNICIPIO:	Indique el nombre del municipio en el cual está ubicado el punto de entrega primario.
CENTRO ZONAL:	Escriba el nombre del centro zonal, al cual corresponde el punto de entrega primario y es el encargado de realizar el seguimiento.
DESCRIPCIÓN DEL AAVN (Alimento de Alto Valor Nutricional AAVN):	Marque con una X en el cuadro frente a la referencia de Alimento de Alto Valor Nutricional AAAVN que va a diligenciar: 1. Bienestarina Más®, 2. Bienestarina Más® Vainilla, 3.Bienestarina Más® Fresa, 4. Bienestarina® Líquida, 5. Alimento para la Mujer Gestante y Madre en periodo de Lactancia y 5. otro Alimento de Alto Valor Nutricional cuando aplique.
VALOR INFORMATIVO DEL PRECIO DEL ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL/ UNIDAD DISTRIBUIDO:	Diligenciar la información del mes y precio del kilogramo de Bienestarina Más®, Bienestarina Más® saborizada, Alimento para la Mujer Gestante y Madre en periodo de Lactancia o Unidad de Bienestarina Líquida, del periodo en el que recibió el Alimento de Alto Valor Nutricional AAVN el punto de entrega por parte del contratista productor y distribuidor. Este precio debe ser solicitado al enlace de la Regional y/o Centro Zonal al que esté adscrito su punto de entrega.
Columnas del formato	
FECHA DE ENTRADA O SALIDA:	Diligenciar la fecha en la cual se está registrando la entrada o salida del Alimento de Alto Valor Nutricional AAVN en el siguiente Orden: día/mes/año. **Nota**: La fecha de la entrada del producto debe ser la misma registrada en el acta de entrega emitida por parte del contratista productor y distribuidor.
NUMERO DE ACTA:	Escriba el número de acta con la que recibió los Alimentos de Alto Valor Nutricional por parte del contratista productor y distribuidor cuando se diligencia la entrada del producto en el formato. **Nota 1**: Cuando la entrada del producto es proveniente de un traslado, se debe registrar en este campo la palabra "TRASLADO". **Nota 2**: Cuando se estén registrando las salidas de los Alimentos de Alto Valor Nutricional AAVN, no se debe diligenciar el número del acta, se debe escribir la palabra "NO APLICA" ó su sigla correspondiente, ejemplo: NA, N/A, N-A, entre otros.
No. DE LOTE:	En cada registro de Entrada o Salida de los Alimentos de Alto Valor Nutricional AAVN, debe diligenciarse el número del lote del producto que está entrando o saliendo del punto de entrega primario; está información se encuentra en el acta de entrega del contratista productor y distribuidor o en los empaques primarios y secundarios de los AAVN.
FECHA DE VENCIMIENTO:	En cada registro de Entrada o Salida de los Alimentos de Alto Valor Nutricional AAVN, debe diligenciarse la fecha de vencimiento del lote que está entrando o saliendo del punto de entrega primario en el siguiente orden día/mes/año; está información se encuentra en el acta de entrega del contratista productor y distribuidor o en los empaques primarios y secundarios de los AAVN.

ENTRADAS (UNIDADES):	De acuerdo a la cantidad y a la referencia de Alimentos de Alto Valor Nutricional descritos en detalle en el acta de entrega del contratista productor y distribuidor, ingresar por cada número de lote la cantidad de unidades de AAVN que está recibiendo el punto de entrega. **Nota 1**: Como los formatos deben diligenciarse por cada referencia y sabor de producto como se indica en el Alcance del instructivo, sí se recibe más de un lote de AAVN por referencia, se debe registrar en filas diferentes y ordenando de acuerdo a la fecha de vencimiento del rango de vida más corto al más largo, cómo se muestra en el ejemplo. **Nota 2**: Al comenzar una nueva vigencia, los responsables de los puntos de entrega deben verificar si cuentan con existencias de Alimentos de Alto Valor Nutricional de la vigencia anterior, dichos Lotes de AAVN, deben registrarse en el Formato de Control de Inventarios cómo una Entrada del producto.
	Ejemplo campo entradas: Teniendo en cuenta el alcance del formato, se debe registrar las unidades del producto recibido por referencia. ➢ "[illegible] Bolsas de [illegible]g de Bienestarina Más® de la "1" de entrega a mes consumo febrero. ➢ [illegible] Unidades de 230ml de Bienestarina Líquida Vainilla de la "1" de entrega a mes consumo febrero. ➢ "[illegible] Bolsas de [illegible]g del Alimento para el mujer gestante lactante de la "1" de entrega a mes consumo febrero.
	En este campo se deben diligenciar las cantidades de producto que salen del inventario cuando se realiza la entrega a Unidades Ejecutoras o a Beneficiarios. **Nota**: Es importante tener en cuenta que para los casos en que los puntos de entrega sean a su vez Unidades Ejecutoras se debe diligenciar la salida en el Formato de Control de Inventarios, así el producto físicamente se quede dentro del establecimiento en dónde se ubica.
	UNIDADES: Diligenciar la cantidad de unidades de acuerdo al número de lote y a la referencia de Alimento de Alto Valor Nutricional que se esté entregando y que están saliendo del inventario del punto de entrega primario. **Nota:** Si el registro pertenece a una entrada el campo de salida debe ir un cero.
	DESTINO: Marcar con una X en el campo según corresponda la salida, ya sea a Beneficiarios o a Unidades Ejecutoras. **Nota:** No puede registrarse en la misma fila una salida a Beneficiarios y a Unidades Ejecutoras, si se desea registrar la salida a ambos destinos, se debe diligenciar en dos filas diferentes dónde se pueda evidenciar el destino de cada una.

SALIDAS:

EJEMPLO CAMPO SALIDAS: Se debe diligenciar un nuevo registro de salida de inventario por cada fila, teniendo en cuenta la fecha en que se realiza, diligenciando todos los campos como se muestra en el siguiente ejemplo:

➢ 85 Bolsas de 900g de Bienestarina Más ® entregadas en tres fechas distintas y de dos lotes diferentes.

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA		
									Unidades	Destino	
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras
19	01	2018	1046942	1261682	25	05	2018	75	0	-	-
19	01	2018	1046942	1261724	5	6	2018	25	0	-	-
5	2	2018	No aplica	1261682	25	5	2018	0	50		x
18	2	2018	No aplica	1261682	25	5	2018	0	25		x
24	2	2018	No aplica	1261724	5	6	2018	0	10	x	

➢ 140 Unidades de 200ml de Bienestarina líquida Vainilla entregadas en cuatro fechas distintas.

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA		
									Unidades	Destino	
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras
25	01	2018	1048607	161216	14	06	2018	144	0	-	-
05	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	20		x
08	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	40		x
15	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	20		x
17	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	60		x

➢ 37 Bolsas de 900g de Alimento para la mujer gestante lactante entregada en una fecha.

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA		
									Unidades	Destino	
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras
28	01	2018	1048288	1273451	24	06	2018	50	0	-	-
15	02	2018	No aplica	1273451	24	06	2018	0	37	x	

EXISTENCIA LOTE (UNIDADES):

Diligenciar la cantidad de unidades POR LOTE que permanecen como inventario en el punto de entrega (incluyendo las reservas), después de recibir una entrada o entregar una salida del Alimento de Alto Valor Nutricional AAVN.

Nota 1: Cuando se este registrando una entrada de AAVN, en el campo Existencia Lote se debe diligenciar la misma cantidad de unidades por lote que se registró en el campo de Entrada.

Nota 2: Si el registro es de salida se debe tener en cuenta que la existencia del lote, será el resultado entre la cantidad de unidades disponibles por lote menos la cantidad de unidades que salen por lote hasta que la existencia de dicho lote sea cero (0).

Nota 3: Se debe dar una adecuada rotación de los inventarios de AAVN disponibles en los puntos de entrega teniendo en cuenta las fechas de vencimiento y aplicando correctamente el método PEPS Primeras Entradas Primeras Salidas y con esto evitar acumulación de Alimentos próximos a vencer.

Ejemplo de diligenciamiento del campo:

Nota: Los cálculos (restas) que se muestran a continuación solamente son informativos, en el Formato de Control de Inventarios NO se deben diligenciar los cálculos, solo los resultados.

- Bolsas de 900g de Bienestarina Más ®

Primer registro de salida del lote 1261682 es igual a Ingreso – Salida (75 – 50 = 25)

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)
									Unidades	Destino		
Día	Mes	Año			Día	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras	
19	01	2018	1046942	1261682	25	05	2018	75	0	-	-	75
19	01	2018	1046942	1261724	5	6	2018	25	0	-	-	25
5	2	2018	No aplica	1261682	25	5	2018	0	50		x	75-50=25

Segundo registro de salida del lote 1261682 es igual a existencia inicial – salida (25 – 25 = 0)

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)
									Unidades	Destino		
Día	Mes	Año			Día	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras	
19	01	2018	1046942	1261682	25	05	2018	75	0	-	-	75
19	01	2018	1046942	1261724	5	6	2018	25	0	-	-	25
5	2	2018	No aplica	1261682	25	5	2018	0	50		x	25
18	2	2018	No aplica	1261682	25	5	2018	0	25		x	25-25=0
24	2	2018	No aplica	1261724	5	6	2018	0	10	x		

Primer registro de salida del lote 12617024 es igual a Ingreso – Salida (25 – 10 = 15)

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)
									Unidades	Destino		
Día	Mes	Año			Día	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras	
19	01	2018	1046942	1261682	25	05	2018	75	0	-	-	75
19	01	2018	1046942	1261724	5	6	2018	25	0	-	-	25
5	2	2018	No aplica	1261682	25	5	2018	0	50		x	25
18	2	2018	No aplica	1261682	25	5	2018	0	25		x	0
24	2	2018	No aplica	1261724	5	6	2018	0	10	x		25-10=15

- Unidades de 200ml de Bienestarina líquida Vainilla

Primer registro de salida del lote 161216 es igual a Ingreso – Salida (144 – 20 = 124)

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)
									Unidades	Destino		
Día	Mes	Año			Día	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras	
25	01	2018	1048607	161216	14	06	2018	144	0	-	-	144
05	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	20		x	144-20=124
08	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	40		x	
15	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	20		x	
17	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	60		x	

Registros posteriores de salida del lote 161216, es igual a existencia inicial – salida:

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)
									Unidades	Destino		
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras	
25	01	2018	1048607	161216	14	06	2018	144	0	-	-	144
05	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	20		x	124
08	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	40		x	124-40=84
15	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	20		x	84-20=64
17	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	60		x	64-60=4

➢ Bolsas de 900g de Alimento para la mujer gestante lactante

Primer registro de salida del lote 161216 es igual a Ingreso – Salida (50-37=13)

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)
									Unidades	Destino		
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras	
28	01	2018	1048288	1273451	24	06	2018	50	0	-	-	50
15	02	2018	No aplica	1273451	24	06	2018	0	37	x		50-37=13

EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidades)

Diligenciar la cantidad de unidades totales por referencia de Alimento de Alto Valor Nutricional que quedan en el punto de entrega como inventario después de recibir o entregar AAVN. Cada movimiento de entradas o salidas refleja o genera existencia total en el punto de entrega.

EJEMPLO CAMPO EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA:

Nota: Los cálculos (sumas y restas) que se muestran a continuación solamente son informativos, en el Formato de Control de Inventarios NO se deben diligenciar los cálculos, solo el resultado.

➢ Bolsas de 900g de Bienestarina Más ®

Para el primer registro teniendo en cuenta que es una entrada, la existencia del punto de entrega seria existencia inicial + entrada (0+75)

Para el segundo registro teniendo en cuenta que es entrada, la existencia del punto de entrega seria existencia inicial + entrada (75+25)

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidad)
									Unidades	Destino			
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras		
19	01	2018	1046942	1261682	25	05	2018	75	0	-	-	75	0+75=75
19	01	2018	1046942	1261724	5	6	2018	25	0	-	-	25	75+25=100

Para los demás registros que pertenecen a una salida, la existencia del punto de entrega seria existencia inicial – salida Primera salida (100-50=50), segunda salida 50-25=25, tercera salida 25-10=15.

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidad)
									Unidades	Destino			
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras		
19	01	2018	1046942	1261682	25	05	2018	75	0	-	-	75	75
19	01	2018	1046942	1261724	5	6	2018	25	0	-	-	25	100
5	2	2018	No aplica	1261682	25	5	2018	0	50		x	25	100-50=50
18	2	2018	No aplica	1261682	25	5	2018	0	25		x	0	50-25=25
24	2	2018	No aplica	1261724	5	6	2018	0	10	x		15	25-10=15

➢ Unidades de 200ml de Bienestarina líquida Vainilla

Para el primer registro teniendo en cuenta que es una entrada, la existencia del punto de entrega seria existencia inicial + entrada (0+75)

Para demás registro que corresponden a salida, la existencia del punto de entrega seria existencia inicial – salida

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidad)
									Unidades	Destino			
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras		
25	01	2018	1048607	161216	14	06	2018	144	0	-	-	144	0+144=144
05	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	20		x	124	144-20=124
08	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	40		x	84	124-40=84
15	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	20		x	64	84-20=64
17	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	60		x	4	64-6004

➢ Bolsas de 900g de Alimento para la mujer gestante lactante

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidad)
									Unidades	Destino			
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras		
28	01	2018	1048288	1273451	24	06	2018	50	0	-	-	50	50
15	02	2018	No aplica	1273451	24	06	2018	0	37	x		13	50-37=13

RESERVA (UNIDADES)	Diligenciar la cantidad de unidades que se **indican en el acta de entrega** que son definidas como reserva, las cuales deben reposar al final del mes de consumo en el punto de entrega. Este dato es informativo y la cantidad de unidades se deben tomar del lote de AAVN con fecha de vencimiento más larga. **Nota 1**: El campo informativo de Reserva se debe actualizar según lo indiquen las actas de entrega cada vez que exista una nueva entrega de AAVN en el punto con la información que allí se indique. **Nota 2:** Si el punto no recibe entrega durante el siguiente mes debido a que la necesidad (atención a los beneficiarios) es muy pequeña y se cubre con los alimentos entregados y/o saldos reportados, el campo informativo de reserva se seguirá diligenciando en el Formato Control de Inventarios con la información que se indica en la última acta de entrega recibida y dicho AAVN se debe mantener en el punto de entrega y no ser consumido hasta que se reciba una nueva entrega. EJEMPLO CAMPO RESERVA: Se registra la cantidad de reserva que aparece en el acta de entrega y del lote seleccionado. ➢ Bolsas de 900g de Bienestarina Más® En el acta de entrega No. 1048902 del ejemplo que se ha venido desarrollando en el instructivo se identifica que la reserva debe ser de 15 bolsas, además, se entregan a estrada de dos lotes de Bienestarina Más® 1261822 y 1261724. Por lo cual la reserva se debe tomar dellote con mayor fecha de vencimiento es decir de No. 1261724 y se debe registrar como se muestra a continuación. Ahora bien, dicho campo informativo de reserva es para mantener en cada registro de salida durante el mes de consumo, recordemos que la lí se entrega mensualmente (Mayo) Una vez, se haya entregado todo el producto para la atención del mes, se debe asegurar que la existencia del lote seleccionado con reserva sea igual a la reserva. ➢ Unidades de 200ml de Bienestarina líquida Vainilla Para el ejemplo de Bienestarina® Líquida que se viene trabajando, los registros serian como se muestran a continuación, teniendo en cuenta que solo se recibió un lote, que se cuentan con varios registros de salida y que la reserva es de 4 unidades de 200 ml de Bienestarina® Líquida. ➢ Bolsas de 900g de Alimento para la mujer gestante lactante Para el ejemplo del Alimento para la mujer gestante y madre en periodo de lactancia que se viene trabajando, los registros serian como se muestran a continuación, teniendo en cuenta que solo se recibió un lote, que solo existe un registro de salida y que la reserva es de 15 bolsas.
FIRMA Y CÉDULA DEL REPSONSABLE DEL PUNTO	El responsable del punto de entrega debe firmar y escribir su número de cédula verificando la veracidad de la información que fue diligenciada en el Formato de Control de Inventarios.
NOTAS IMPORTANTES	1. El Formato de Control de Inventarios puede diligenciarse en computador, pero la firma del responsable del punto de entrega debe ser en esfero. 2. Cuando se realice la visita por parte del profesional de la interventoría, se debe presentar el Formato de Control de Inventarios impreso. Si el formato no ha sido diligenciado en la totalidad de sus filas cuando se presente la visita, las filas sobrantes se les deberá trazar una línea e iniciar un formato nuevo. 3. Si el formato es diligenciado a mano, solamente se puede diligenciar en esfero (cualquier color, preferiblemente negro, no borrable), no se permiten diligenciamientos en lápiz. 4. El formato solo puede tener un máximo de 3 filas con tachones, en caso de cometer un error en un dato, se debe tachar (con una línea) toda la fila y escribir el registro en la fila siguiente; no se permiten borrones ni uso de corrector. 5. Todas las filas del formato deben estar diligenciadas, no se permiten filas en blanco, las filas sobrantes se les deberá trazar una línea.

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidad)	RESERVA (Unidad)
									Unidades	Destino				
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras			
25	01	2018	1048607	1261822	26	05	2018	75	0	-	-	75	75	0
29	01	2018	1048687	1261724	6	6	2018	25	0	-	-	25	100	15

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidad)	RESERVA (Unidad)
									Unidades	Destino				
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras			
25	01	2018	1048607	1261822	26	05	2018	75	0	-	-	75	75	0
29	01	2018	1048687	1261724	6	6	2018	25	0	-	-	25	100	15
5	2	2018	No aplica	1261822	26	5	2018	0	10		x	20	90	0
15	2	2018	No aplica	1261822	26	5	2018	0	20		x	0	70	0
25	2	2018	No aplica	1261724	6	6	2018	0	15	x		13	13	15

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidad)	RESERVA (Unidad)
									Unidades	Destino				
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras			
25	01	2018	1048607	161216	14	06	2018	144	0	-	-	144	144	4
05	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	20		x	124	124	4
08	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	40		x	84	84	4
15	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	20		x	64	64	4
17	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	60		x	4	4	4

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidad)	RESERVA (Unidad)
									Unidades	Destino				
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras			
28	01	2018	1048288	1273451	24	06	2018	50	0	-	-	50	50	15
15	02	2018	No aplica	1273451	24	06	2018	0	37	x		13	13	15

EJEMPLO DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE CONTROL DE INVENTARIOS

El ejemplo contempla los siguientes parámetros:

- La referencia de producto a diligenciar es Bienestarina Más®.
- La entrega a analizar es la correspondiente a entrega enero consumo febrero la cual se realizó bajo el acta Numero 1046942 donde se entregaron dos lotes, No. 1261682 cantidad 75 bolsas y No. 1261724 cantidad 25 bolsas. La reserva que establece el acta es de 15 bolsas y se selecciona del lote No. 1261724 debido a que la vida útil del producto es la más larga. Registros A y B.
- Durante el mes de febrero se realizan tres entregas a Beneficiarios y Unidades Ejecutoras cumpliendo con la necesidad programada, la cual era de 75 bolsas a Unidades Ejecutoras y 10 a Beneficiarios, al final quedan 15 unidades definidas iguales a la reserva del mes (AAVN que va a ser utilizado una vez se reciba la siguiente entrega). Registros C, D, E.
- Durante el mes de febrero se realiza la segunda entrega en el punto para consumo marzo, se realizó bajo el acta No. 1047100 donde se entregó un lote de referencia No. 1261856 cantidad 50 bolsas. La reserva es de 40 bolsas. Registros F. Cabe resaltar que debido a que con la nueva entrega realizada la reserva se debe actualizar.
- Durante el mes de marzo se realizaron 3 entregas a beneficiarios y Unidades Ejecutoras cumpliendo con la necesidad programada, la cual era de 15 bolsas a beneficiarios y 10 bolsas de unidades ejecutoras, al final del mes quedan 40 unidades del lote 1261856 iguales a la reserva del registro F sin embargo, la entrega del mes de marzo consumo abril se realiza a mitad de mes sin haber acabado las entregas de consumo de marzo, por lo que el campo de reserva ya no tiene diligenciado ningún valor (leer siguiente punto). Registro G, H y J.
- Durante el mes de marzo se realiza la tercera entrega en el punto para consumo abril, se realizó bajo el acta No. 1058200 donde se entregó un lote de referencia No. 1261995 cantidad 50 bolsas. La reserva es de 45 bolsas. Registros I. Debido a esta nueva entrega la reserva se debe actualizar a 45 bolsas correspondientes al lote No. 1261995.
- Durante el mes de abril se realizaron 4 entregas a beneficiarios y unidades ejecutoras cumpliendo con la necesidad programada, la cual era de 40 bolsas a beneficiarios y 5 bolsas a unidades ejecutoras, al final quedan 45 unidades iguales a la reserva del mes. Registros K, L, M, N
- Durante el mes de abril no se realizaron entregas de AAVN por parte del contratista productor y distribuidor debido a que la reserva que queda al final del mes (45 bolsas) suple la necesidad del punto de entrega del consumo de mayo.
- Durante el mes de mayo se realizaron 3 entregas a beneficiarios y unidades ejecutoras cumpliendo con la necesidad programada, la cual era de 28 bolsas a beneficiarios y 12 a unidades ejecutoras, al final quedan 5 unidades iguales a la reserva del mes. Lo anterior teniendo en cuenta que aunque el punto no recibió producto, en la FT1 de puntos no programados de consumo mayo se evidencio que la nueva reserva para el punto era de 5 unidades (AAVN que va a ser utilizado en el mes de mayo). Debido a lo

Nro.	Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidades)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidades)	RESERVA (Unidades)
										Unidades	Destino				
	Día	Mes	Año			Día	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras			
A	19	01	2018	1046942	1261682	25	05	2018	75	0	-	-	75	75	0
B	19	01	2018	1046942	1261724	5	6	2018	25	0	-	-	25	100	15
C	5	2	2018	No aplica	1261682	25	5	2018	0	50	-	X	25	50	0
D	18	2	2018	No aplica	1261682	25	5	2018	0	25	-	X	0	25	0
E	24	2	2018	No aplica	1261724	5	6	2018	0	10	X	-	15	15	15
F	28	2	2018	1047100	1261856	4	7	2018	50	0	-	-	50	65	40
G	5	3	2018	No aplica	1261724	5	6	2018	0	10	X	-	5	55	0
H	9	3	2018	No aplica	1261724	5	6	2018	0	5	X	-	0	50	0
I	22	3	2018	1058200	1261995	28	8	2018	50	0	-	-	50	100	45
J	29	3	2018	No aplica	1261856	4	7	2018	0	10	-	X	40	90	0
K	5	4	2018	No aplica	1261856	4	7	2018	0	12	X	-	28	78	0
L	10	4	2018	No aplica	1261856	4	7	2018	0	28	X	-	0	50	0
M	12	4	2018	No aplica	1261995	4	7	2018	0	2	-	X	48	48	45
N	27	4	2018	No aplica	1261995	4	7	2018	0	3	-	X	45	45	45
O	4	5	2018	No aplica	1261995	4	7	2018	0	20	X	-	25	25	5
P	8	5	2018	No aplica	1261995	4	7	2018	0	8	X	-	17	17	5
Q	15	5	2018	No aplica	1261995	4	7	2018	0	12	-	X	5	5	5

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO CONTROL DE INVENTARIOS DE ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL

NOMBRE DEL PUNTO DE ENTREGA	BODEGA FUNPERS		**CODIGO DEL PUNTO**	900631966	
NOMBRE RESPONSABLE DEL PUNTO	JUDITH MUÑOZ		**NOMBRE RESPONSABLE DE DILIGENCIAR EL FORMAT**	JUDITH MUÑOZ	
REGIONAL	PUTUMAYO		**CENTRO ZONAL**	SIBUNDOY	**MUNICIPIO** SIBUNDOY
DESCRIPCION DEL AAVN:	**Bienestarina Más®** ☒		**Bienestarina Más® Vainilla** ☐		**Bienestarina Más® Fresa:** ☐
	Alimento para la Mujer Gestante y en Periodo de Lactancia ☐				
	Bienestarina® Líquida ☐	**Sabor:** _____			**Otro** ☐ **Cúal:** _____
VALOR INFORMATIVO DEL PRECIO DEL AAVN	**Mes: _ABRIL_____**	**Valor: ____** $7.511	**Mes: _____**	**Valor: _____**	**Mes: _____** **Valor: _____**
	Mes: MAYO_____	**Valor: ____** $7.511	**Mes: _____**	**Valor: _____**	**Mes: _____** **Valor: _____**
	Mes: ___JUNIO_____	**Valor: ____** $7.220	**Mes: _____**	**Valor: _____**	**Mes: _____** **Valor: _____**

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidades)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidades)	RESERVA (Unidades)
									Unidades	Destino				
Día	Mes	Año			Día	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras			
13	4	2020	1209602	1662574	13	8	2020	223	0	-	-	223	223	0
15	4	2020	NA	1662574	13	8	2020	0	122	-	X	101	101	0
16	4	2020	NA	1662574	13	8	2020	0	99	-	X	2	2	0
11	5	2020	1217989	1662574	13	8	2020	4	0	-	-	4	6	0
11	5	2020	1217989	1671578	13	9	2020	229	0	-	-	229	235	0
11	5	2020	NA	1671578	13	9	2020	0	129	-	X	100	106	0
12	5	2020	NA	1671578	13	9	2020	0	100	-	X	0	6	0
12	5	2020	NA	1662574	13	8	2020	0	4	-	X	0	2	0
4	6	2020	1217989	1671578	13	9	2020	235	0	-	-	235	237	0
9	6	2020	NA	1671578	13	9	2020	0	123	-	X	112	114	0
10	6	2020	NA	1671578	13	9	2020	0	112	-	X	0	2	0
10	6	2020	NA	1662574	13	8	2020	0	1	-	X	1	1	0
8	7	2020	1226062	1686278	1	12	2020	239	0	-	-	239	240	0
9	7	2020	NA	1662574	13	8	2020	0	1	-	X	0	239	0
9	7	2020	NA	1686278	1	12	2020	0	157	-	X	82	82	0

Fiirma del responsable del punto de entrega _____

Cédula del responsable del punto de entrega _____

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 POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO CONTROL DE INVENTARIOS DE ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidades)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidades)	RESERVA (Unidades)
									Unidades	Destino				
Día	Mes	Año			Día	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras			
10	7	2020	NA	1686278	1	12	2020	0	82	-	X	0	0	0
4	8	2020	1226062	1686278	1	12	2020	83	0	-	-	83	83	0
4	8	2020	1229731	1704229	9	1	2021	156	0	-	-	156	239	0
10	8	2020	NA	1686278	1	12	2020	0	83	-	X	83	156	0
10	8	2020	NA	1704229	9	1	2021	0	105	-	X	51	51	0
11	8	2020	NA	1704229	9	1	2021	0	51	-	X	0	0	0

Fiirma del responsable del punto de entrega _____

Cédula del responsable del punto de entrega _____

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 POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

INSTRUCTIVO FORMATO CONTROL DE INVENTARIOS ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL

ALCANCE	Este formato aplica en los puntos de entrega exclusivamente, para llevar el control de los movimiento de entradas, salidas y existencias de los alimentos de Alto Valor Nutricional (AAVN). Debe diligenciarse cada vez que haya movimientos de inventarios dentro del punto de entrega. Se debe diligenciar **un formato por cada referencia de AAVN**: 1. Bienestarina Más®, 2. Bienestarina Más® Vainilla, 3.Bienestarina Más® Fresa, 4. Bienestarina® Líquida, 5. Alimento para la Mujer Gestante y Madre en periodo de Lactancia y 5. otro Alimento de Alto Valor Nutricional cuando aplique.
ENCARGADO DEL DILIGENCIAMIENTO	El diligenciamiento de este formato está a cargo del responsable del punto de entrega primario y/o la persona autorizada y encargada del control de inventarios en el punto de entrega.
En el encabezado están los datos básicos del punto de entrega los cuales deben ser diligenciados como se describe a continuación:	
NOMBRE DEL PUNTO DE ENTREGA	Escriba el nombre del punto de entrega primario donde se recibe el Alimento de Alto Valor Nutricional, por ejemplo: "Bodega Alcaldía Municipal"; " Hogar Infantil Los Pitufos".
NOMBRE RESPONSABLE DEL PUNTO:	Escriba el nombre de la persona responsable de recibir los Alimentos de Alto Valor Nutricional en el punto de entrega primario la cual aparece registrada en el sistema y/o base de datos del ICBF.
NOMBRE RESPONSABLE DE DILIGENCIAR EL FORMATO:	Indique el nombre de la persona autorizada y encargada del diligenciamiento de este formato.
CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA:	Escriba el código del punto de entrega con el cual fue registrado en el sistema y/o base de datos del ICBF, este código aparece consignado en el acta de entrega del Alimento de Alto Valor Nutricional (AAVN) del transportador.
REGIONAL:	Diligencie el nombre del Departamento en el cual está ubicado el punto de entrega primario, para el caso de Distrito Capital es la Regional Bogotá.
MUNICIPIO:	Indique el nombre del municipio en el cual está ubicado el punto de entrega primario.
CENTRO ZONAL:	Escriba el nombre del centro zonal, al cual corresponde el punto de entrega primario y es el encargado de realizar el seguimiento.
DESCRIPCIÓN DEL AAVN (Alimento de Alto Valor Nutricional AAVN):	Marque con una X en el cuadro frente a la referencia de Alimento de Alto Valor Nutricional AAAVN que va a diligenciar: 1. Bienestarina Más®, 2. Bienestarina Más® Vainilla, 3.Bienestarina Más® Fresa, 4. Bienestarina® Líquida, 5. Alimento para la Mujer Gestante y Madre en periodo de Lactancia y 5. otro Alimento de Alto Valor Nutricional cuando aplique.
VALOR INFORMATIVO DEL PRECIO DEL ALIMENTO DE ALTO VALOR NUTRICIONAL/ UNIDAD DISTRIBUIDO:	Diligenciar la información del mes y precio del kilogramo de Bienestarina Más®, Bienestarina Más® saborizada, Alimento para la Mujer Gestante y Madre en periodo de Lactancia o Unidad de Bienestarina Líquida, del periodo en el que recibió el Alimento de Alto Valor Nutricional AAVN el punto de entrega por parte del contratista productor y distribuidor. Este precio debe ser solicitado al enlace de la Regional y/o Centro Zonal al que esté adscrito su punto de entrega.
Columnas del formato	
FECHA DE ENTRADA O SALIDA:	Diligenciar la fecha en la cual se está registrando la entrada o salida del Alimento de Alto Valor Nutricional AAVN en el siguiente Orden: día/mes/año. **Nota**: La fecha de la entrada del producto debe ser la misma registrada en el acta de entrega emitida por parte del contratista productor y distribuidor.
NUMERO DE ACTA:	Escriba el número de acta con la que recibió los Alimentos de Alto Valor Nutricional por parte del contratista productor y distribuidor cuando se diligencia la entrada del producto en el formato. **Nota 1**: Cuando la entrada del producto es proveniente de un traslado, se debe registrar en este campo la palabra "TRASLADO". **Nota 2**: Cuando se estén registrando las salidas de los Alimentos de Alto Valor Nutricional AAVN, no se debe diligenciar el número del acta, se debe escribir la palabra "NO APLICA" ó su sigla correspondiente, ejemplo: NA, N/A, N-A, entre otros.
No. DE LOTE:	En cada registro de Entrada o Salida de los Alimentos de Alto Valor Nutricional AAVN, debe diligenciarse el número del lote del producto que está entrando o saliendo del punto de entrega primario; está información se encuentra en el acta de entrega del contratista productor y distribuidor o en los empaques primarios y secundarios de los AAVN.
FECHA DE VENCIMIENTO:	En cada registro de Entrada o Salida de los Alimentos de Alto Valor Nutricional AAVN, debe diligenciarse la fecha de vencimiento del lote que está entrando o saliendo del punto de entrega primario en el siguiente orden día/mes/año; está información se encuentra en el acta de entrega del contratista productor y distribuidor o en los empaques primarios y secundarios de los AAVN.

ENTRADAS (UNIDADES):	De acuerdo a la cantidad y a la referencia de Alimentos de Alto Valor Nutricional descritos en detalle en el acta de entrega del contratista productor y distribuidor, ingresar por cada número de lote la cantidad de unidades de AAVN que está recibiendo el punto de entrega. **Nota 1**: Como los formatos deben diligenciarse por cada referencia y sabor de producto como se indica en el Alcance del instructivo, sí se recibe más de un lote de AAVN por referencia, se debe registrar en filas diferentes y ordenando de acuerdo a la fecha de vencimiento del rango de vida más corto al más largo, cómo se muestra en el ejemplo. **Nota 2**: Al comenzar una nueva vigencia, los responsables de los puntos de entrega deben verificar si cuentan con existencias de Alimentos de Alto Valor Nutricional de la vigencia anterior, dichos Lotes de AAVN, deben registrarse en el Formato de Control de Inventarios cómo una Entrada del producto.
	Ejemplo campo entradas: Teniendo en cuenta el alcance del formato, se debe registrar las unidades del producto recibido por referencia. ➢ "[illegible] Bolsas de [illegible]g de Bienestarina Más® de la "1" de entrega a mes consumo febrero. ➢ [illegible] Unidades de 230ml de Bienestarina Líquida Vainilla de la "1" de entrega a mes consumo febrero. ➢ "[illegible] Bolsas de [illegible]g del Alimento para el mujer gestante lactante de la "1" de entrega a mes consumo febrero.
	En este campo se deben diligenciar las cantidades de producto que salen del inventario cuando se realiza la entrega a Unidades Ejecutoras o a Beneficiarios. **Nota**: Es importante tener en cuenta que para los casos en que los puntos de entrega sean a su vez Unidades Ejecutoras se debe diligenciar la salida en el Formato de Control de Inventarios, así el producto físicamente se quede dentro del establecimiento en dónde se ubica.
	UNIDADES: Diligenciar la cantidad de unidades de acuerdo al número de lote y a la referencia de Alimento de Alto Valor Nutricional que se esté entregando y que están saliendo del inventario del punto de entrega primario. **Nota:** Si el registro pertenece a una entrada el campo de salida debe ir un cero.
	DESTINO: Marcar con una X en el campo según corresponda la salida, ya sea a Beneficiarios o a Unidades Ejecutoras. **Nota:** No puede registrarse en la misma fila una salida a Beneficiarios y a Unidades Ejecutoras, si se desea registrar la salida a ambos destinos, se debe diligenciar en dos filas diferentes dónde se pueda evidenciar el destino de cada una.

SALIDAS:

EJEMPLO CAMPO SALIDAS: Se debe diligenciar un nuevo registro de salida de inventario por cada fila, teniendo en cuenta la fecha en que se realiza, diligenciando todos los campos como se muestra en el siguiente ejemplo:

➢ 85 Bolsas de 900g de Bienestarina Más ® entregadas en tres fechas distintas y de dos lotes diferentes.

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA		
									Unidades	Destino	
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras
19	01	2018	1046942	1261682	25	05	2018	75	0	-	-
19	01	2018	1046942	1261724	5	6	2018	25	0	-	-
5	2	2018	No aplica	1261682	25	5	2018	0	50		x
18	2	2018	No aplica	1261682	25	5	2018	0	25		x
24	2	2018	No aplica	1261724	5	6	2018	0	10	x	

➢ 140 Unidades de 200ml de Bienestarina líquida Vainilla entregadas en cuatro fechas distintas.

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA		
									Unidades	Destino	
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras
25	01	2018	1048607	161216	14	06	2018	144	0	-	-
05	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	20		x
08	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	40		x
15	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	20		x
17	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	60		x

➢ 37 Bolsas de 900g de Alimento para la mujer gestante lactante entregada en una fecha.

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA		
									Unidades	Destino	
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras
28	01	2018	1048288	1273451	24	06	2018	50	0	-	-
15	02	2018	No aplica	1273451	24	06	2018	0	37	x	

EXISTENCIA LOTE (UNIDADES):

Diligenciar la cantidad de unidades POR LOTE que permanecen como inventario en el punto de entrega (incluyendo las reservas), después de recibir una entrada o entregar una salida del Alimento de Alto Valor Nutricional AAVN.

Nota 1: Cuando se este registrando una entrada de AAVN, en el campo Existencia Lote se debe diligenciar la misma cantidad de unidades por lote que se registró en el campo de Entrada.

Nota 2: Si el registro es de salida se debe tener en cuenta que la existencia del lote, será el resultado entre la cantidad de unidades disponibles por lote menos la cantidad de unidades que salen por lote hasta que la existencia de dicho lote sea cero (0).

Nota 3: Se debe dar una adecuada rotación de los inventarios de AAVN disponibles en los puntos de entrega teniendo en cuenta las fechas de vencimiento y aplicando correctamente el método PEPS Primeras Entradas Primeras Salidas y con esto evitar acumulación de Alimentos próximos a vencer.

Ejemplo de diligenciamiento del campo:

Nota: Los cálculos (restas) que se muestran a continuación solamente son informativos, en el Formato de Control de Inventarios NO se deben diligenciar los cálculos, solo los resultados.

- Bolsas de 900g de Bienestarina Más ®

Primer registro de salida del lote 1261682 es igual a Ingreso – Salida (75 – 50 = 25)

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)
									Unidades	Destino		
Día	Mes	Año			Día	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras	
19	01	2018	1046942	1261682	25	05	2018	75	0	-	-	75
19	01	2018	1046942	1261724	5	6	2018	25	0	-	-	25
5	2	2018	No aplica	1261682	25	5	2018	0	50		x	75-50=25

Segundo registro de salida del lote 1261682 es igual a existencia inicial – salida (25 – 25 = 0)

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)
									Unidades	Destino		
Día	Mes	Año			Día	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras	
19	01	2018	1046942	1261682	25	05	2018	75	0	-	-	75
19	01	2018	1046942	1261724	5	6	2018	25	0	-	-	25
5	2	2018	No aplica	1261682	25	5	2018	0	50		x	25
18	2	2018	No aplica	1261682	25	5	2018	0	25		x	25-25=0
24	2	2018	No aplica	1261724	5	6	2018	0	10	x		

Primer registro de salida del lote 12617024 es igual a Ingreso – Salida (25 – 10 = 15)

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)
									Unidades	Destino		
Día	Mes	Año			Día	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras	
19	01	2018	1046942	1261682	25	05	2018	75	0	-	-	75
19	01	2018	1046942	1261724	5	6	2018	25	0	-	-	25
5	2	2018	No aplica	1261682	25	5	2018	0	50		x	25
18	2	2018	No aplica	1261682	25	5	2018	0	25		x	0
24	2	2018	No aplica	1261724	5	6	2018	0	10	x		25-10=15

- Unidades de 200ml de Bienestarina líquida Vainilla

Primer registro de salida del lote 161216 es igual a Ingreso – Salida (144 – 20 = 124)

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)
									Unidades	Destino		
Día	Mes	Año			Día	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras	
25	01	2018	1048607	161216	14	06	2018	144	0	-	-	144
05	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	20		x	144-20=124
08	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	40		x	
15	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	20		x	
17	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	60		x	

Registros posteriores de salida del lote 161216, es igual a existencia inicial – salida:

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)
									Unidades	Destino		
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras	
25	01	2018	1048607	161216	14	06	2018	144	0	-	-	144
05	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	20		x	124
08	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	40		x	124-40=84
15	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	20		x	84-20=64
17	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	60		x	64-60=4

➢ Bolsas de 900g de Alimento para la mujer gestante lactante

Primer registro de salida del lote 161216 es igual a Ingreso – Salida (50-37=13)

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)
									Unidades	Destino		
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras	
28	01	2018	1048288	1273451	24	06	2018	50	0	-	-	50
15	02	2018	No aplica	1273451	24	06	2018	0	37	x		50-37=13

EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidades)

Diligenciar la cantidad de unidades totales por referencia de Alimento de Alto Valor Nutricional que quedan en el punto de entrega como inventario después de recibir o entregar AAVN. Cada movimiento de entradas o salidas refleja o genera existencia total en el punto de entrega.

EJEMPLO CAMPO EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA:

Nota: Los cálculos (sumas y restas) que se muestran a continuación solamente son informativos, en el Formato de Control de Inventarios NO se deben diligenciar los cálculos, solo el resultado.

➢ Bolsas de 900g de Bienestarina Más ®

Para el primer registro teniendo en cuenta que es una entrada, la existencia del punto de entrega seria existencia inicial + entrada (0+75)

Para el segundo registro teniendo en cuenta que es entrada, la existencia del punto de entrega seria existencia inicial + entrada (75+25)

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidad)
									Unidades	Destino			
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras		
19	01	2018	1046942	1261682	25	05	2018	75	0	-	-	75	0+75=75
19	01	2018	1046942	1261724	5	6	2018	25	0	-	-	25	75+25=100

Para los demás registros que pertenecen a una salida, la existencia del punto de entrega seria existencia inicial – salida Primera salida (100-50=50), segunda salida 50-25=25, tercera salida 25-10=15.

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidad)
									Unidades	Destino			
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras		
19	01	2018	1046942	1261682	25	05	2018	75	0	-	-	75	75
19	01	2018	1046942	1261724	5	6	2018	25	0	-	-	25	100
5	2	2018	No aplica	1261682	25	5	2018	0	50		x	25	100-50=50
18	2	2018	No aplica	1261682	25	5	2018	0	25		x	0	50-25=25
24	2	2018	No aplica	1261724	5	6	2018	0	10	x		15	25-10=15

➢ Unidades de 200ml de Bienestarina líquida Vainilla

Para el primer registro teniendo en cuenta que es una entrada, la existencia del punto de entrega seria existencia inicial + entrada (0+75)

Para demás registro que corresponden a salida, la existencia del punto de entrega seria existencia inicial – salida

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidad)
									Unidades	Destino			
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras		
25	01	2018	1048607	161216	14	06	2018	144	0	-	-	144	0+144=144
05	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	20		x	124	144-20=124
08	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	40		x	84	124-40=84
15	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	20		x	64	84-20=64
17	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	60		x	4	64-6004

➢ Bolsas de 900g de Alimento para la mujer gestante lactante

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidad)
									Unidades	Destino			
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras		
28	01	2018	1048288	1273451	24	06	2018	50	0	-	-	50	50
15	02	2018	No aplica	1273451	24	06	2018	0	37	x		13	50-37=13

RESERVA (UNIDADES)	Diligenciar la cantidad de unidades que se **indican en el acta de entrega** que son definidas como reserva, las cuales deben reposar al final del mes de consumo en el punto de entrega. Este dato es informativo y la cantidad de unidades se deben tomar del lote de AAVN con fecha de vencimiento más larga. **Nota 1**: El campo informativo de Reserva se debe actualizar según lo indiquen las actas de entrega cada vez que exista una nueva entrega de AAVN en el punto con la información que allí se indique. **Nota 2:** Si el punto no recibe entrega durante el siguiente mes debido a que la necesidad (atención a los beneficiarios) es muy pequeña y se cubre con los alimentos entregados y/o saldos reportados, el campo informativo de reserva se seguirá diligenciando en el Formato Control de Inventarios con la información que se indica en la última acta de entrega recibida y dicho AAVN se debe mantener en el punto de entrega y no ser consumido hasta que se reciba una nueva entrega. EJEMPLO CAMPO RESERVA: Se registra la cantidad de reserva que aparece en el acta de entrega y del lote seleccionado. ➢ Bolsas de 900g de Bienestarina Más® En el acta de entrega No. 1048902 del ejemplo que se ha venido desarrollando en el instructivo se identifica que la reserva debe ser de 15 bolsas, además, se entregan a estrada de dos lotes de Bienestarina Más® 1261822 y 1261724. Por lo cual la reserva se debe tomar dellote con mayor fecha de vencimiento es decir de No. 1261724 y se debe registrar como se muestra a continuación. Ahora bien, dicho campo informativo de reserva es para mantener en cada registro de salida durante el mes de consumo, recordemos que la lí se entrega mensualmente (Mayo) Una vez, se haya entregado todo el producto para la atención del mes, se debe asegurar que la existencia del lote seleccionado con reserva sea igual a la reserva. ➢ Unidades de 200ml de Bienestarina líquida Vainilla Para el ejemplo de Bienestarina® Líquida que se viene trabajando, los registros serian como se muestran a continuación, teniendo en cuenta que solo se recibió un lote, que se cuentan con varios registros de salida y que la reserva es de 4 unidades de 200 ml de Bienestarina® Líquida. ➢ Bolsas de 900g de Alimento para la mujer gestante lactante Para el ejemplo del Alimento para la mujer gestante y madre en periodo de lactancia que se viene trabajando, los registros serian como se muestran a continuación, teniendo en cuenta que solo se recibió un lote, que solo existe un registro de salida y que la reserva es de 15 bolsas.
FIRMA Y CÉDULA DEL REPSONSABLE DEL PUNTO	El responsable del punto de entrega debe firmar y escribir su número de cédula verificando la veracidad de la información que fue diligenciada en el Formato de Control de Inventarios.
NOTAS IMPORTANTES	1. El Formato de Control de Inventarios puede diligenciarse en computador, pero la firma del responsable del punto de entrega debe ser en esfero. 2. Cuando se realice la visita por parte del profesional de la interventoría, se debe presentar el Formato de Control de Inventarios impreso. Si el formato no ha sido diligenciado en la totalidad de sus filas cuando se presente la visita, las filas sobrantes se les deberá trazar una línea e iniciar un formato nuevo. 3. Si el formato es diligenciado a mano, solamente se puede diligenciar en esfero (cualquier color, preferiblemente negro, no borrable), no se permiten diligenciamientos en lápiz. 4. El formato solo puede tener un máximo de 3 filas con tachones, en caso de cometer un error en un dato, se debe tachar (con una línea) toda la fila y escribir el registro en la fila siguiente; no se permiten borrones ni uso de corrector. 5. Todas las filas del formato deben estar diligenciadas, no se permiten filas en blanco, las filas sobrantes se les deberá trazar una línea.

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidad)	RESERVA (Unidad)
									Unidades	Destino				
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras			
25	01	2018	1048607	1261822	26	05	2018	75	0	-	-	75	75	0
29	01	2018	1048687	1261724	6	6	2018	25	0	-	-	25	100	15

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidad)	RESERVA (Unidad)
									Unidades	Destino				
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras			
25	01	2018	1048607	1261822	26	05	2018	75	0	-	-	75	75	0
29	01	2018	1048687	1261724	6	6	2018	25	0	-	-	25	100	15
5	2	2018	No aplica	1261822	26	5	2018	0	10		x	20	90	0
15	2	2018	No aplica	1261822	26	5	2018	0	20		x	0	70	0
25	2	2018	No aplica	1261724	6	6	2018	0	15	x		13	13	15

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidad)	RESERVA (Unidad)
									Unidades	Destino				
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras			
25	01	2018	1048607	161216	14	06	2018	144	0	-	-	144	144	4
05	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	20		x	124	124	4
08	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	40		x	84	84	4
15	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	20		x	64	64	4
17	02	2018	No aplica	161216	14	06	2018	0	60		x	4	4	4

Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidad)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidad)	RESERVA (Unidad)
									Unidades	Destino				
Dia	Mes	Año			Dia	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras			
28	01	2018	1048288	1273451	24	06	2018	50	0	-	-	50	50	15
15	02	2018	No aplica	1273451	24	06	2018	0	37	x		13	13	15

EJEMPLO DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE CONTROL DE INVENTARIOS

El ejemplo contempla los siguientes parámetros:

- La referencia de producto a diligenciar es Bienestarina Más®.
- La entrega a analizar es la correspondiente a entrega enero consumo febrero la cual se realizó bajo el acta Numero 1046942 donde se entregaron dos lotes, No. 1261682 cantidad 75 bolsas y No. 1261724 cantidad 25 bolsas. La reserva que establece el acta es de 15 bolsas y se selecciona del lote No. 1261724 debido a que la vida útil del producto es la más larga. Registros A y B.
- Durante el mes de febrero se realizan tres entregas a Beneficiarios y Unidades Ejecutoras cumpliendo con la necesidad programada, la cual era de 75 bolsas a Unidades Ejecutoras y 10 a Beneficiarios, al final quedan 15 unidades definidas iguales a la reserva del mes (AAVN que va a ser utilizado una vez se reciba la siguiente entrega). Registros C, D, E.
- Durante el mes de febrero se realiza la segunda entrega en el punto para consumo marzo, se realizó bajo el acta No. 1047100 donde se entregó un lote de referencia No. 1261856 cantidad 50 bolsas. La reserva es de 40 bolsas. Registros F. Cabe resaltar que debido a que con la nueva entrega realizada la reserva se debe actualizar.
- Durante el mes de marzo se realizaron 3 entregas a beneficiarios y Unidades Ejecutoras cumpliendo con la necesidad programada, la cual era de 15 bolsas a beneficiarios y 10 bolsas de unidades ejecutoras, al final del mes quedan 40 unidades del lote 1261856 iguales a la reserva del registro F sin embargo, la entrega del mes de marzo consumo abril se realiza a mitad de mes sin haber acabado las entregas de consumo de marzo, por lo que el campo de reserva ya no tiene diligenciado ningún valor (leer siguiente punto). Registro G, H y J.
- Durante el mes de marzo se realiza la tercera entrega en el punto para consumo abril, se realizó bajo el acta No. 1058200 donde se entregó un lote de referencia No. 1261995 cantidad 50 bolsas. La reserva es de 45 bolsas. Registros I. Debido a esta nueva entrega la reserva se debe actualizar a 45 bolsas correspondientes al lote No. 1261995.
- Durante el mes de abril se realizaron 4 entregas a beneficiarios y unidades ejecutoras cumpliendo con la necesidad programada, la cual era de 40 bolsas a beneficiarios y 5 bolsas a unidades ejecutoras, al final quedan 45 unidades iguales a la reserva del mes. Registros K, L, M, N
- Durante el mes de abril no se realizaron entregas de AAVN por parte del contratista productor y distribuidor debido a que la reserva que queda al final del mes (45 bolsas) suple la necesidad del punto de entrega del consumo de mayo.
- Durante el mes de mayo se realizaron 3 entregas a beneficiarios y unidades ejecutoras cumpliendo con la necesidad programada, la cual era de 28 bolsas a beneficiarios y 12 a unidades ejecutoras, al final quedan 5 unidades iguales a la reserva del mes. Lo anterior teniendo en cuenta que aunque el punto no recibió producto, en la FT1 de puntos no programados de consumo mayo se evidencio que la nueva reserva para el punto era de 5 unidades (AAVN que va a ser utilizado en el mes de mayo). Debido a lo

Nro.	Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidades)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidades)	RESERVA (Unidades)
										Unidades	Destino				
	Día	Mes	Año			Día	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras			
A	19	01	2018	1046942	1261682	25	05	2018	75	0	-	-	75	75	0
B	19	01	2018	1046942	1261724	5	6	2018	25	0	-	-	25	100	15
C	5	2	2018	No aplica	1261682	25	5	2018	0	50	-	X	25	50	0
D	18	2	2018	No aplica	1261682	25	5	2018	0	25	-	X	0	25	0
E	24	2	2018	No aplica	1261724	5	6	2018	0	10	X	-	15	15	15
F	28	2	2018	1047100	1261856	4	7	2018	50	0	-	-	50	65	40
G	5	3	2018	No aplica	1261724	5	6	2018	0	10	X	-	5	55	0
H	9	3	2018	No aplica	1261724	5	6	2018	0	5	X	-	0	50	0
I	22	3	2018	1058200	1261995	28	8	2018	50	0	-	-	50	100	45
J	29	3	2018	No aplica	1261856	4	7	2018	0	10	-	X	40	90	0
K	5	4	2018	No aplica	1261856	4	7	2018	0	12	X	-	28	78	0
L	10	4	2018	No aplica	1261856	4	7	2018	0	28	X	-	0	50	0
M	12	4	2018	No aplica	1261995	4	7	2018	0	2	-	X	48	48	45
N	27	4	2018	No aplica	1261995	4	7	2018	0	3	-	X	45	45	45
O	4	5	2018	No aplica	1261995	4	7	2018	0	20	X	-	25	25	5
P	8	5	2018	No aplica	1261995	4	7	2018	0	8	X	-	17	17	5
Q	15	5	2018	No aplica	1261995	4	7	2018	0	12	-	X	5	5	5

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 3	
Hora: 9:00 a.m.	**Fecha: 31 agosto de 2020**
Lugar:	**Centro Zonal Sibundoy Putumayo - #trabajo en casa**
Dependencia que Convoca:	**Centro Zonal Sibundoy / Área de nutrición**
Proceso:	**AAVN**
Objetivo:	**Brindar asistencia técnica sobre el diligenciamiento de formatos de control de AAVN**

Agenda:

1. Saludo inicial
2. Capacitación en diligenciamiento de formatos de control de inventarios de AAVN.
   - f1.p5.pp_formato_control_de_inventarios_alimentos_de_alto_valor_nutricional_v4
   - f2.p5.pp_formato_entrega_alimentos_de_alto_valor_nutricional_a_beneficiarios_v4
   - f3.p5.pp_formato_entrega_de_alimentos_de_alto_valor_nutricional_a_unidades_ejecutoras_o_de_servicio_v3
3. Despejar dudas por parte de las profesionales de las EAS responsables del AAVN.
4. Compromisos
5. Cierre.

Desarrollo:

1. Saludo inicial

   Se expresa el saludo a las asistentes de las EAS ASOMUPCAR quien opera las modalidades CDI San francisco – CDI Huellas de amor – CDI Mi mundo feliz y EAS FUNPERS quien opera la modalidad de Hogares comunitarios

2. Dando cumplimiento a la actividad contractual: Brindar asistencia técnica y apoyar el seguimiento, monitoreo y control de los Alimentos de Alto Valor Nutricional en el punto de entrega primario establecido por la regional y/o Centro Zonal; se procede a realizar el ejercicio de diligenciamiento de los formatos que para el momento tenemos tres de estricto cumplimiento a través de la plataforma Teams priorizando la modalidad de trabajo en casa.

PÚBLICA

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

Se inicia mencionando las siguientes recomendaciones:

- Tener en cuenta que la versión del formato sea vigente, revisar en la intranet.
- Se debe diligenciar un formato por cada referencia de AAVN: 1. Bienestarina mas, 2. Bienestarina mas fresa, 3. Bienestarina mas vainilla, 4. Bienestarina liquida, 5. Alimento para mujer gestante y madre en periodo de lactancia.
- Se puede diligenciar la información en computador, pero la firma del responsable del punto de entrega debe ser en esfero, no se permiten diligenciamiento en lápiz.
- Evitar tachones o enmendaduras.
- Diligenciar de manera clara los espacios que los diferentes formatos lo requieren.
- Al terminar el diligenciamiento de los formatos hacer el cierre trazando una línea diagonal.

f1.p5.pp_formato_control_de_inventarios_alimentos_de_alto_valor_nutricional_v4

- Se explico que en el encabezado se diligencia en nombre de la unidad de servicio (UDS), nombre de la persona responsable y/o suplente de recibir los AAVN; código del punto de entrega que fue registrado en el aplicativo cuéntame; nombre del municipio en el cual está ubicado el punto de entrega; indicar el nombre del centro zonal, al cual corresponde el punto de entrega primario que para el caso atañe a: Centro Zonal Sibundoy.
  Marcar con una X en el cuadro frente a la referencia de AAVN lo que va a diligenciar, sea Bienestarina mas, Bienestarina vainilla, fresa, liquida, alimento para MGML.

- En la columna del formato indicar la fecha en la cual se está registrando la **entrada o salida** del AAVN en el siguiente orden: día/mes/año. Escribir el número de acta que se registra en el acta de entrega que recibió de los alimentos por parte del apoyo, seguimiento y control de AAVN del Centro Zonal Sibundoy. Luego anotar el lote, fecha de vencimiento; las cantidades que entran, y en las columnas SALIDA se debe escribir la sigla de la palabra “NO APLICA – NA”. Finalmente se registra las unidades existentes según el lote, la existencia en punto de entrega y la reserva, que para el caso se escribe cero “0”.

- Se aclaro lo siguiente:

  Si se recibe más de un lote de AAVN por referencia, se debe registrar en filas diferentes y ordenando de acuerdo con la fecha de vencimiento del rango de vida más corto al más largo, siguiendo el método PEPS – Primeras e entrar primeros en salir.
  Tener en cuenta que, la existencia del lote será el resultado entre la cantidad de unidades disponibles por lote menos la cantidad de unidades que salen por lote hasta que la existencia de dicho lote sea cero.
  Por su parte, la existencia en punto de entrega hará referencia al total de unidades almacenadas en la UDS sin importar si son de diferentes lotes.

PÚBLICA

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

F2 p5.pp_formato_entrega_alimentos_de_alto_valor_nutricional_a_beneficiarios_v4

- Para el diligenciamiento de este formato se orientó: que debe hacerse a medida que entregue los AAVN a los beneficiarios e inicia con el encabezado, es decir, con el registro de los datos básicos del punto de entrega. En este debe seleccionar el tipo de lugar donde se esta entregando los AAVN a los beneficiarios y en el cual se esta llevando el control por medio del formato de entrega de AAVN a beneficiarios, para el caso sería: unidad de servicio – UDS.

- En la casilla regional, se escribirá el nombre del departamento en el cual esta ubicado el punto de entrega primario o UDS, para el caso seria Putumayo; en modalidad escribir el tipo de modalidad en el cual esta laborando (CDI institucional, Hogar Infantil, Hogares comunitarios, Desarrollo infantil en Medio Familiar, Propia e intercultural); en código punto de entrega se registra el número del código de la UDS con el cual fue registrado en el aplicativo cuéntame; nombre del municipio en el cual esta ubicado el punto de entrega; indicar el nombre del centro zonal sibundoy; indicar el nombre de la persona autorizada y encargada como suplente del punto de entrega, en caso de no contar con la información no se debe diligenciar este campo. Así mismo, escribir la dirección del punto de entrega; en teléfono escribir el número de celular a través del cual se puede contactar al responsable del punto de entrega.

- En código punto de entrega de origen, debe indicar el número del código del punto de entrega de la bodega centro zonal sibundoy, el cual es el punto de entrega primario donde se está entregando los AAVN.

- Indicar el mes de consumo para el cual se está realizando la entrega de los alimentos de alto valor nutricional a los beneficiarios.

- Luego en las columnas de cada fila se deben diligenciar los nombres completos de los beneficiarios, tipos de documento (RC, TI, CC), para el caso de los beneficiarios que en el aplicativo cuentame se registró como SIN DOCUMENTO (SD), se debe registrar en el formato entrega a beneficiarios la sigla EXT que significa EXTRANJERO y posteriormente el número del documento con el que cuente el beneficiarios según corresponda; escribir la fecha en la que se realiza la entrega detallando: día/mes/año.

- Existe una columna por Bienestarina mas, Bienestarina liquida, Alimento mujer gestante y madre en periodo de lactancia – alimento MG y ML, Otro, se escoge el campo correspondiente y se registra el lote junto con la cantidad de unidades del AAVN que está entregando al beneficiario.

- En el campo quien recibe, se debe escribir nombre completo y cedula de la persona que está recibiendo el AAVN, escribir el parentesco de la persona frente al beneficiario y firmar.

- Finalmente, en la parte inferior del formato firma el responsable o suplente que está a cargo del diligenciamiento del formato, y se escribe el número de cedula.

PUBLICA

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

f3.p5.pp_formato_entrega_de_alimentos_de_alto_valor_nutricional_a_unidades_ejecutoras_o_de_servicio_v3

- Se menciona que para el diligenciamiento del encabezado, se prosigue igual como se hizo con la parte superior del formato F2.P5.PP formato entrega alimento de alto valor nutricional a beneficiarios y, en el espacio de VALOR INFORMATIVO DEL AAVV, se diligencia el valor socializado en el último memorando de precios de AAVN.

- En el cuerpo del formato, se encuentra la casilla de UNIDAD EJECUTORA O UNIDAD DE SERVICIO, según la orientacion de la Interventoria realizada al ICBF Centro Zonal Sibundoy en estas se venía diligenciando el nombre de la unidad ejecutora, por ejempló: ASOMUPCAR – CABILDO CAMENTSA – FUNPERS – UN MUNDO SIN FRONTERAS y el nombre de la modalidad en la columna “UNIDAD DE SERVICIO” por ejemplo: DIMF – CDI – MPI – HI – HCB; a partir de esta asistencia técnica se orienta que se debe marcar con una “X” según corresponda a quien se realice la entrega bien sea a UNIDAD EJECUTORA o UNIDAD DE SERVICIO y en la otra columna se debe dejar en blanco.

- En NOMBRE COMPLETO OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA: se debe registrar el nombre completo del responsable de los AAVN del operador y/o unidad ejecutora.

- Luego se escribe el tipo de documento de identidad (CC) del responsable operador y/o de la unidad ejecutora, y también el numero del documento de identidad; fecha de entrega; el lote de producción que contiene cada unidad del AAVN con la cantidad de unidades del AAVN que esta entregando; escribir los datos de quien recibe (nombre completo, tipo y numero de documento de identidad, y firma).

- Al final del formato debe firmar el responsable de la unidad de servicio, UDS, con su cedula de ciudadanía.

3. Despejar dudas por parte de las profesionales de las EAS

- Se presenta una duda por parte de las responsables de las EAS en cuanto al diligenciamiento del valor informativo del alimento para la bienestarina mas, específicamente se menciona que valor debe diligenciarse teniendo en cuenta que se esta entregando por parte del ICBF CZ sibundoy bienestarina mas Natural y de sabor, teniendo en cuenta lo anterior y según el memorando de precios de AAVN socializado a las responsables del AAVN por parte de las EAS en donde se verifica que existe un valor diferente por cada detalle del alimento, se procede a responder lo siguiente:
  Para el valor informativo del bienestarina mas es pertinente referir el valor que corresponde por cada detalle del alimento recibido y entregado según el mes correspondiente, así:

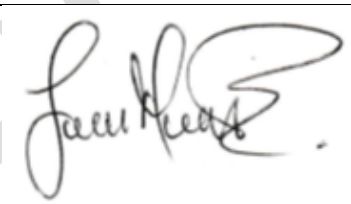
PÚBLICA

REGIONAL:	PUTUMAYO	CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA:	8602749003	MES DE CONSUMO:	
CENTRO ZONAL:	SIBUNDOY	NOMBRE PUNTO DE ENTREGA:	BODEGA CENTRO ZONAL SIBUNDOY		
MUNICIPIO:	SIBUNDOY	RESPONSABLE PUNTO DE ENTREGA	JUAN CARLOS GONZALEZ	SUPLENTE PUNTO DE ENTREGA :	
MODALIDAD:	PRIMERA INFANCIA	DIRECCIÓN PUNTO DE ENTREGA:	CARRERA 12 N. 14-59	BARRIO:	FRAY BARTOLOME
VALOR INFORMATIVO DEL AAVN	Mes: AGOSTO Bienestarina Más® **Natural 7800/ Sabor 7900**	Mes: AGOSTO Bienestarina® Liquida **$ 1.400**		Mes: AGOSTO Alimento MG y M **$ 13.500**	

4. Compromisos

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Iniciar con el diligenciamiento de formatos de control de Alimento de Alto Valor Nutricional teniendo en cuenta la información de la asistencia técnica.	EAS Asomupcar – EAS Funpers.	A partir de la fecha de esta asistencia técnica
Dar cumplimiento al diligenciamiento de los formatos correspondientes al AAVN de manera más clara y precisa.	EAS Asomupcar – EAS Funpers.	A partir de la próxima entrega de AAVN a los beneficiarios en el mes de septiembre
Dar por cerrado con una línea diagonal a los formatos de estricto cumplimiento según la orientacion brindada a partir de la asistencia técnica.	EAS Asomupcar – EAS Funpers.	A partir de la próxima entrega de AAVN a los beneficiarios en el mes de septiembre
Estar atento a cualquier novedad y presto a brindar orientacion en cuanto a lo relacionado con el AAVN (Diligenciamiento de formatos, recomendaciones de resguardo, control y distribución del Alimento)	Responsable del AAVN por parte del ICBF Centro Zonal Sibundoy	A partir de la fecha de esta asistencia técnica

PÚBLICA

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Juan Carlos Gonzalez Delgado	Apoyo, seguimiento y control de AAVN	ICBF	
Paola Riascos	Nutricionista modalidad CDI Mi mundo feliz, CDI Huellas de amor, CDI San francisco.	EAS Asomupcar	
Judith Elena Muñoz	Coordinadora modalidad HCB	EAS - FUNPERS	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**

5. Cierre: se finaliza la asistencia técnica a las 9: 50 am.

Se adjunta formatos diligenciados

PÚBLICA

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

Clasifica

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A UNIDADES EJECUTORAS O DE SERVICIO

REGIONAL: PUTUMAYO — CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA: 8602749003 — MES DE CONSUMO: AGOSTO
CENTRO ZONAL: SIBUNDOY — NOMBRE PUNTO DE ENTREGA: BODEGA CENTRO ZONAL SIBUNDOY
MUNICIPIO: SIBUNDOY — RESPONSABLE PUNTO DE ENTREGA: JUAN CARLOS GONZALEZ — SUPLENTE PUNTO DE ENTREGA: FABIAN ENRIQUEZ
MODALIDAD: PRIMERA INFANCIA — DIRECCIÓN PUNTO DE ENTREGA: CARRERA 12 N 14-53 — BARRIO: FRAY BARTOLOME — TELÉFONO: 4E+06

VALOR INFORMATIVO DEL AAVN — Mes: AGOSTO — Bienestarina Más® Natural 7800/ Sabor 7900
Mes: AGOSTO — Bienestarina® Liquida $ 1.400
Mes: AGOSTO — Alimento MG y ML $ 13.500
Mes: — Otro AAVN

N°.	UNIDAD EJECUTORA	UNIDAD DE SERVICIO	DATOS DEL OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA O UNIDAD DE SERVICIO				FECHA ENTREGA (DD/MM/AA)	Bienestarina Más®		Bienestarina ® Liquida		Alimento MG y ML		Otro AAVN		QUIEN RECIBE			
			NOMBRE DEL RESPONSABLE OPERADOR Y/O UNIDAD EJECUTORA	NOMBRE DEL RESPONSABLE	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.		Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	NOMBRE COMPLETO	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.	FIRMA
1		X	HUELLAS DE AMOR	NUMERE UE LA RESPONSABLE (para esta modalidad podria ser el nombre de la coordinadora)	CC	XXXXXX	XXXXX	170218	90							Nombre de la nutricionista	CC	XXXXXX	Firma
								180932	100										
2		X	MI PEQUEÑO MUNDO	JUDITH ELENA MUÑOZ	CC	XXXXXX	XXXXX	170218	8							Nombre de la madre comunitaria	CC	XXXXXX	Firma
								180932	4										
3		X	Para el caso de la modalidad DIMF (Debe registrarse el nombre de la UDS)	DIANA MARTIZA RICAURTE	CC	XXXXXX	XXXXX	180932	15			148390	7			Nombre de la agente educativa	CC	XXXXXX	Firma
								170218	5										
4		X	HOGAR INFANTIL BASETEMENGBE YEBNA	Para esta modalidad se puede diligenciar el nombre de la coordinadora	CC	XXXXXX	XXXXX	180932	50							Nombre de la nutricionista	CC	XXXXXX	Firma
								170218	20										
5																			
6																			
7																			
8																			

Juan Carlos Gonzalez Delgado
xxxxxxxxxxxxxxx

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

Firma del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:
Cédula del Responsable y/o Suplente del punto de entrega:

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.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL A BENEFICIARIOS

LUGAR:	PUNTO DE ENTREGA PRIMARIO ■ UDS ☐	CÓDIGO DEL PUNTO DE ENTREGA o UDS:	8602749003	MES DE CONSUMO:	
REGIONAL:	PUTUMAYO	NOMBRE PUNTO DE ENTREGA O UDS:	BODEGA CENTRO ZONAL SIBUNDOY		
CENTRO ZONAL:	SIBUNDOY	RESPONSABLE PUNTO DE ENTREGA O UDS:	JUAN CARLOS GONZALEZ DELGADO	SUPLENTE PUNTO DE	
MUNICIPIO:	SIBUNDOY	DIRECCIÓN PUNTO DE ENTREGA O UDS:	CARRERA 12 N° 14-59	BARRIO:	FRAY BARTO
MODALIDAD:	PROTECCION-hogar sustituto-hogar gestor-poblacion vulnerable	CODIGO PUNTO DE ENTREGA DE ORIGEN:	NA	NOMBRE PUNTO DE E	

Nº	DATOS BENEFICIARIO						FECHA ENTREGA (DD/MM/AA)	Bienestarina Más®		Bienestarina®		Alimento MG y ML		Otro AAV
	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DOC	Nº DOC. IDENT.		Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE	UND	Nº LOTE
15	Cristian	Alejandro	Riascos	Pastas	TI	1122782886	08/07/2020	1686278	1	—	—	—	—	—
16	Jhon	Deiber	Ropero	Rojas	EXT	3489734	08/07/2020	1686278	1	—	—	—	—	—
17	Jefren	Ayley	Ropero	Rojas	EXT	04841213	08/07/2020	1686278	1	—	—	—	—	—
18	Diana	Sofia	Cuatindioy	Jajoy	RC	1121508856	08/07/2020	1686278	1	—	—	—	—	—

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO CONTROL DE INVENTARIOS DE ALIMENTOS DE ALTO VALOR NUTRICIONAL

F1.P5.PP
Versión 4
1 de 2
17/09/2018
Clasificación de la información
Clasificada

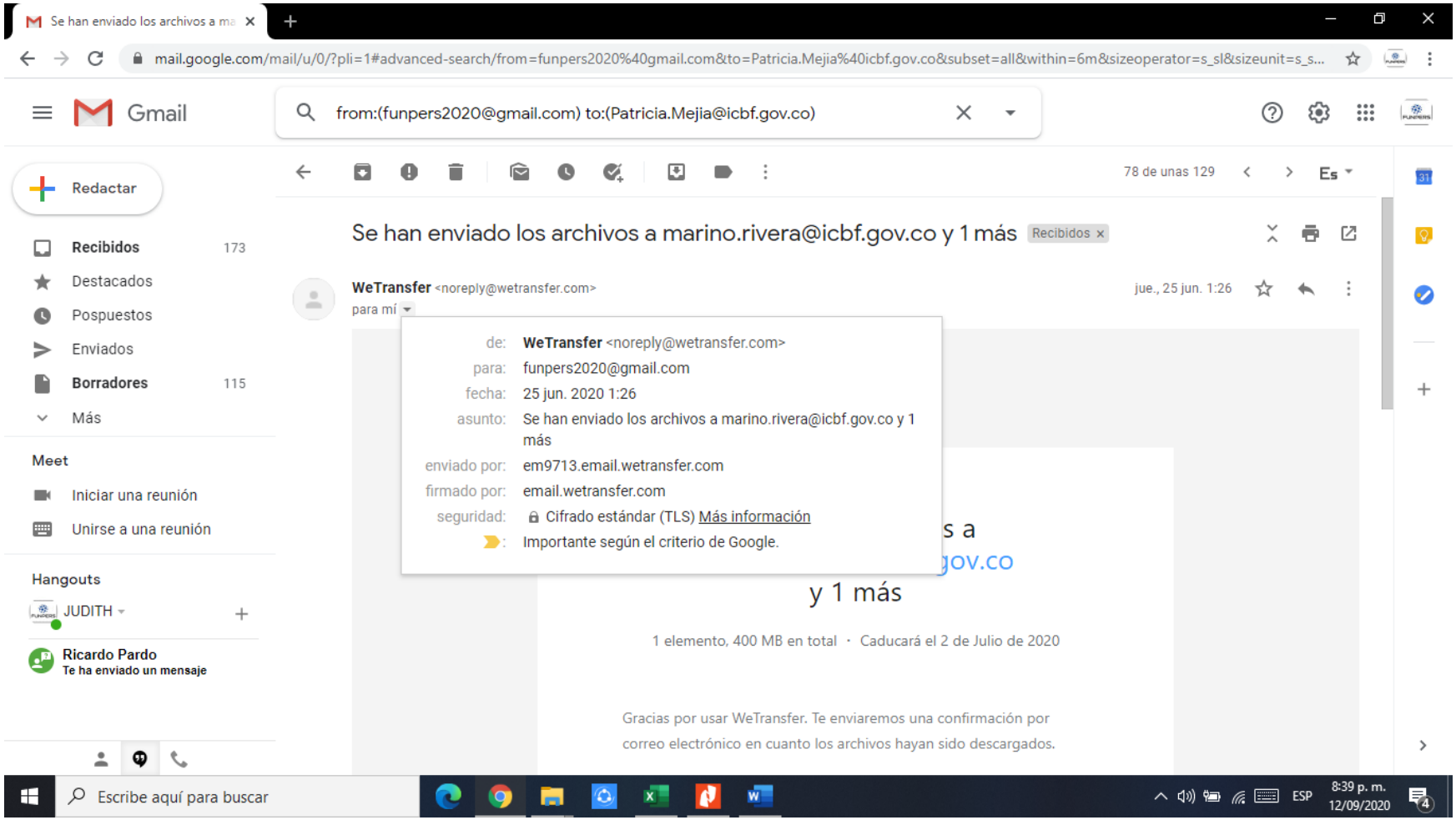
NOMBRE DEL PUNTO DE ENTREGA	BODEGA CENTRO ZONAL	CODIGO DEL PUNTO	8602749003
NOMBRE RESPONSABLE DEL PUNTO	JUAN CARLOS GONZALEZ DELGADO	NOMBRE RESPONSABLE DE DILIGENCIAR EL FORMATO	JUAN CARLOS GONZALEZ
REGIONAL	PUTUMAYO	CENTRO ZONAL	SIBUNDOY — MUNICIPIO: SIBUNDOY

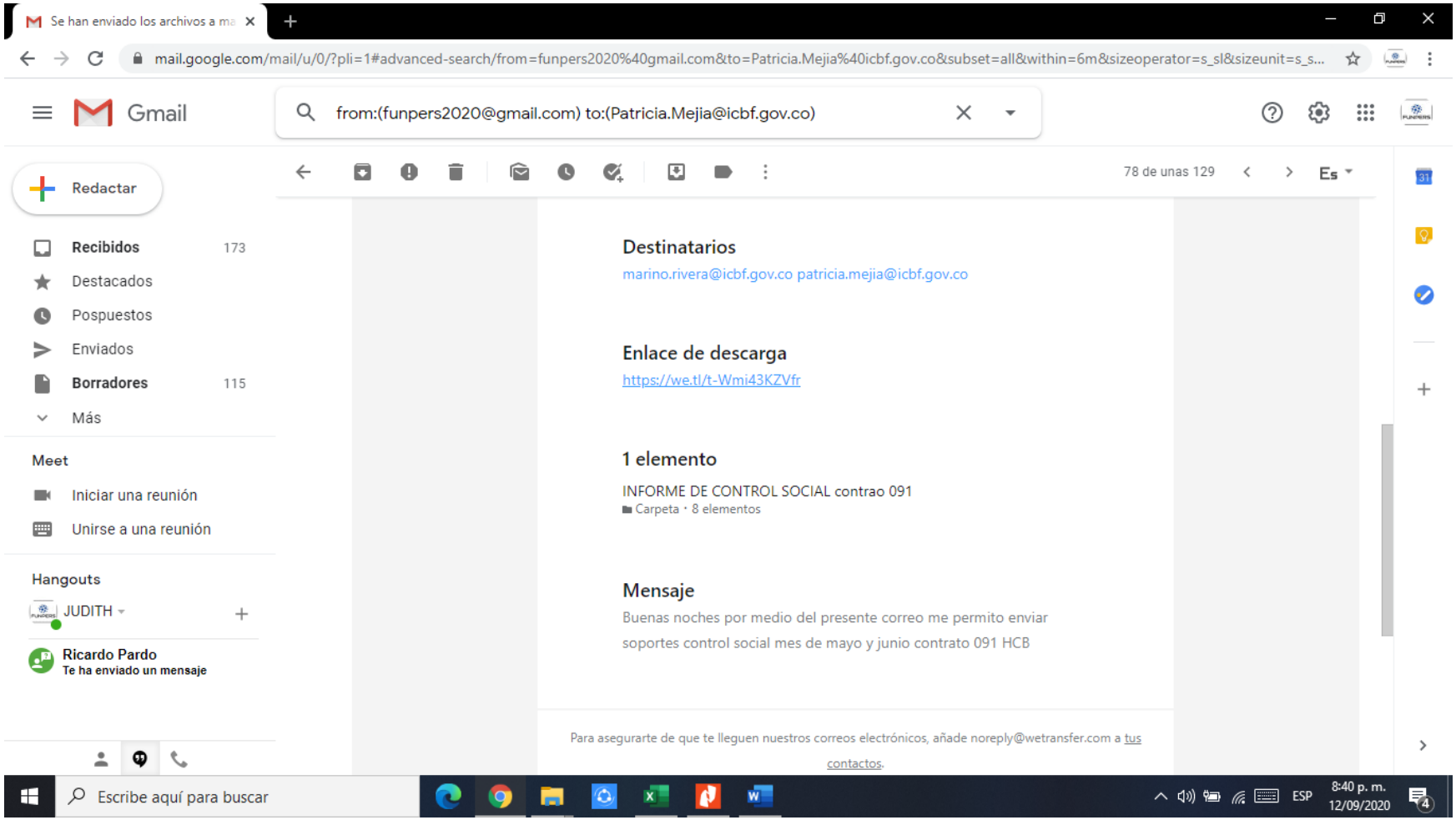
DESCRIPCION DEL AAVN: Bienestarina Más® ■ Bienestarina Más® Vainilla ☐ Bienestarina Más® Fresa: ☐
Alimento para la Mujer Gestante y en Periodo de Lactancia ☐
Bienestarina® Liquida ☐ Sabor: _____ Otro ☐ Cúal: _____

VALOR INFORMATIVO DEL PRECIO DEL AAVN	Mes: FEBRERO___	Valor: $ 8.506,00_____	Mes: MAYO_____	Valor: $ 9.328,00_____	Mes: AGOSTO____	Valor: $ 8.800,00___
	Mes: MARZO_____	Valor: $ 8.517,00_____	Mes: JUNIO_____	Valor: $ 8.965,00_____	Mes: _____	Valor: _____
	Mes: ABRIL_____	Valor: $ 9.140,00_____	Mes: JULIO_____	Valor: $ 8.829,00___	Mes: _____	Valor: _____

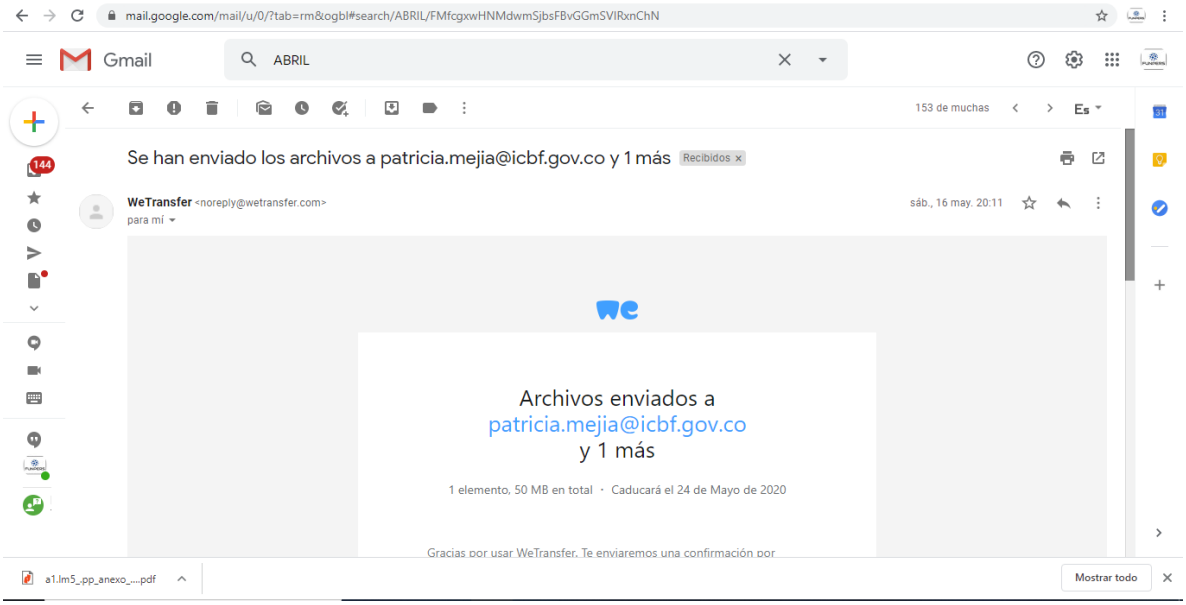
Fecha de entrada o salida			No. de acta	No. Lote	Fecha de vencimiento			ENTRADA (Unidades)	SALIDA			EXISTENCIA LOTE (Unidades)	EXISTENCIA PUNTO DE ENTREGA (Unidades)	RESERVA (Unidades)
									Unidades	Destino				
Día	Mes	Año			Día	Mes	Año			Beneficiarios	Unidades ejecutoras			
31	8	2020	1233030	179867	1	12	2020	300	0	-----	-----	300	300	0
2	9	2020	NA	179867	1	12	2020	0	200	-----	X	100	100	0
3	9	2020	NA	179867	1	12	2020	0	50	------	X	50	50	0
15	9	2020	1704276	162304	1	1	2020	100	0	------	------	100	150	0
17	9	2020	NA	179867	1	12	2020	0	50	X	-----	0	100	0
18	9	2020	NA	162304	1	1	2020	0	95	X	------	5	5	0

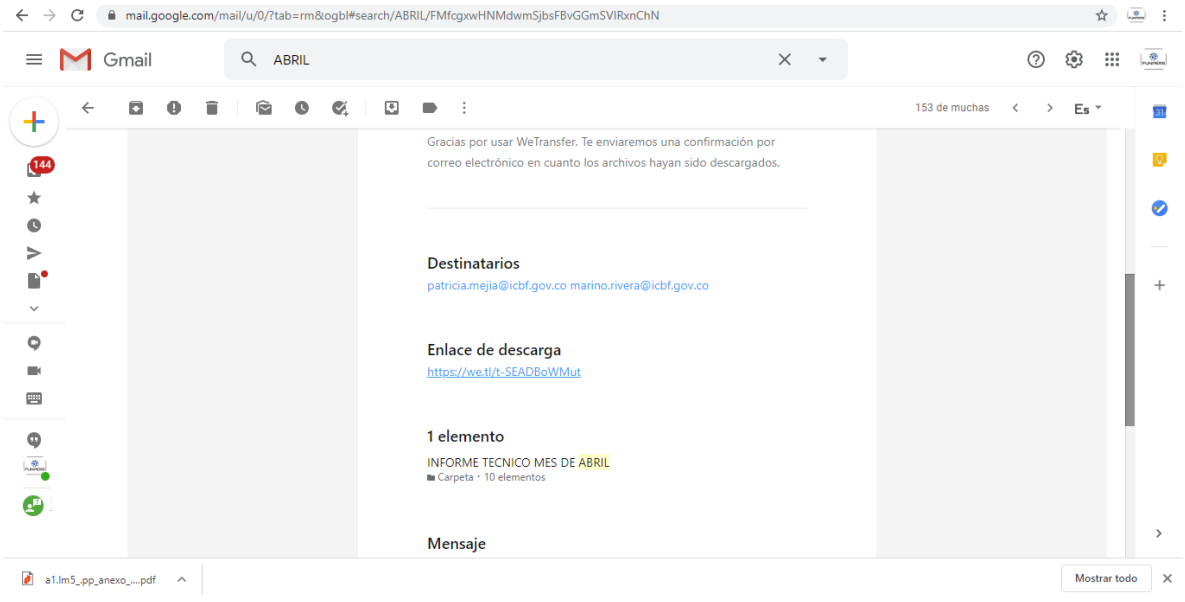
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

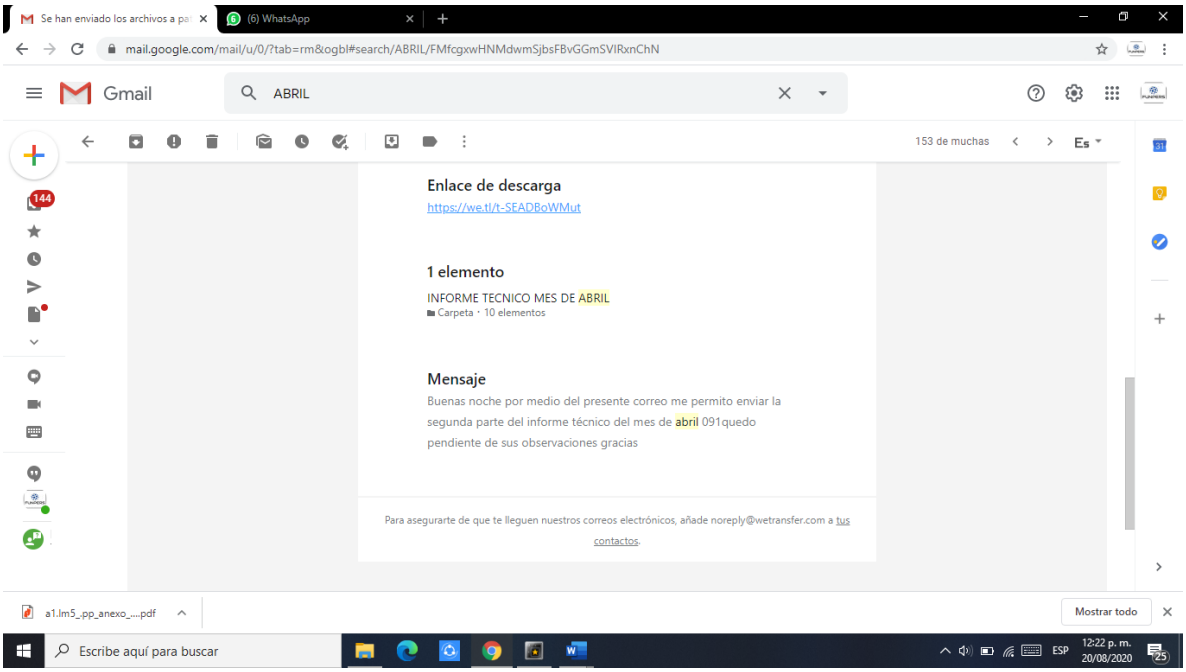

Se han enviado los archivos a ma
mail.google.com/mail/u/0/?pli=1#advanced-search/from=funpers2020%40gmail.com&to=Patricia.Mejia%40icbf.gov.co&subset=all&within=6m&sizeoperator=s_sl&sizeunit=s_s...
Gmail
from:(funpers2020@gmail.com) to:(Patricia.Mejia@icbf.gov.co)
Redactar
Recibidos 173
Destacados
Pospuestos
Enviados
Borradores 115
Más
Meet
Iniciar una reunión
Unirse a una reunión
Hangouts
JUDITH
Ricardo Pardo
Te ha enviado un mensaje
78 de unas 129
Es
Se han enviado los archivos a marino.rivera@icbf.gov.co y 1 más
Recibidos
WeTransfer <noreply@wetransfer.com>
jue., 25 jun. 1:26
para mí
de: WeTransfer <noreply@wetransfer.com>
para: funpers2020@gmail.com
fecha: 25 jun. 2020 1:26
asunto: Se han enviado los archivos a marino.rivera@icbf.gov.co y 1 más
enviado por: em9713.email.wetransfer.com
firmado por: email.wetransfer.com
seguridad: Cifrado estándar (TLS) Más información
Importante según el criterio de Google.
y 1 más
1 elemento, 400 MB en total · Caducará el 2 de Julio de 2020
Gracias por usar WeTransfer. Te enviaremos una confirmación por correo electrónico en cuanto los archivos hayan sido descargados.
Escribe aquí para buscar
ESP
8:39 p. m.
12/09/2020

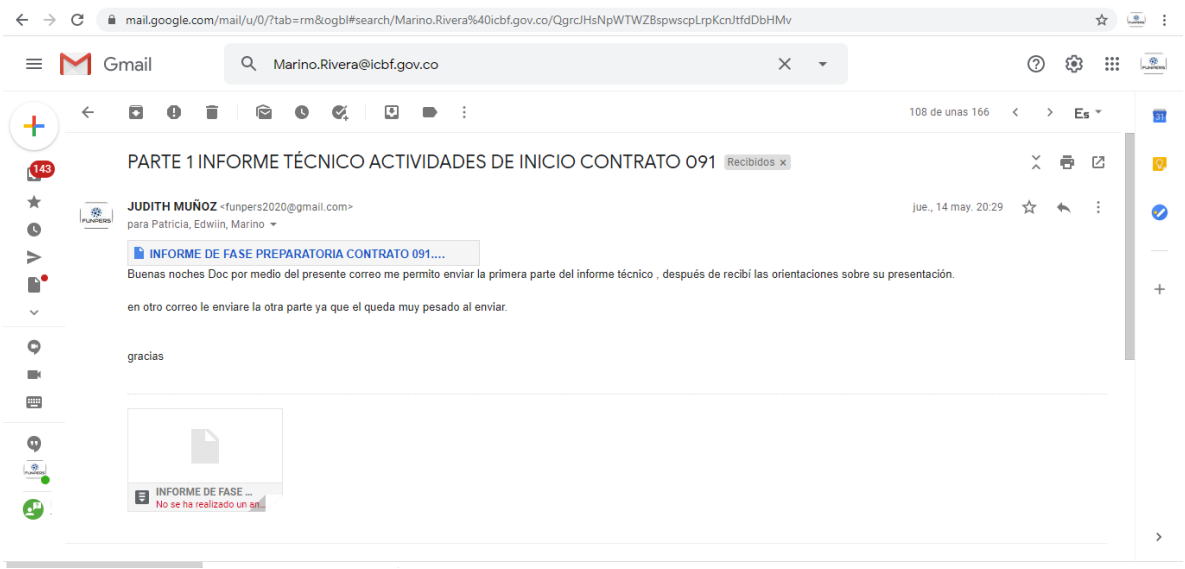

Se han enviado los archivos a ma
mail.google.com/mail/u/0/?pli=1#advanced-search/from=funpers2020%40gmail.com&to=Patricia.Mejia%40icbf.gov.co&subset=all&within=6m&sizeoperator=s_sl&sizeunit=s_s...
Gmail
from:(funpers2020@gmail.com) to:(Patricia.Mejia@icbf.gov.co)
Redactar
Recibidos 173
Destacados
Pospuestos
Enviados
Borradores 115
Más
Meet
Iniciar una reunión
Unirse a una reunión
Hangouts
JUDITH
Ricardo Pardo
Te ha enviado un mensaje
78 de unas 129
Es
Destinatarios
marino.rivera@icbf.gov.co patricia.mejia@icbf.gov.co
Enlace de descarga
https://we.tl/t-Wmi43KZVfr
1 elemento
INFORME DE CONTROL SOCIAL contrao 091
Carpeta · 8 elementos
Mensaje
Buenas noches por medio del presente correo me permito enviar soportes control social mes de mayo y junio contrato 091 HCB
Para asegurarte de que te lleguen nuestros correos electrónicos, añade noreply@wetransfer.com a tus contactos.
Escribe aquí para buscar
ESP
8:40 p. m.
12/09/2020

SOPORTES EMAIL ENVIADO PARA PRESENTACION DE INFORME TECNICO MES DE ABRIL CONTRATO 091





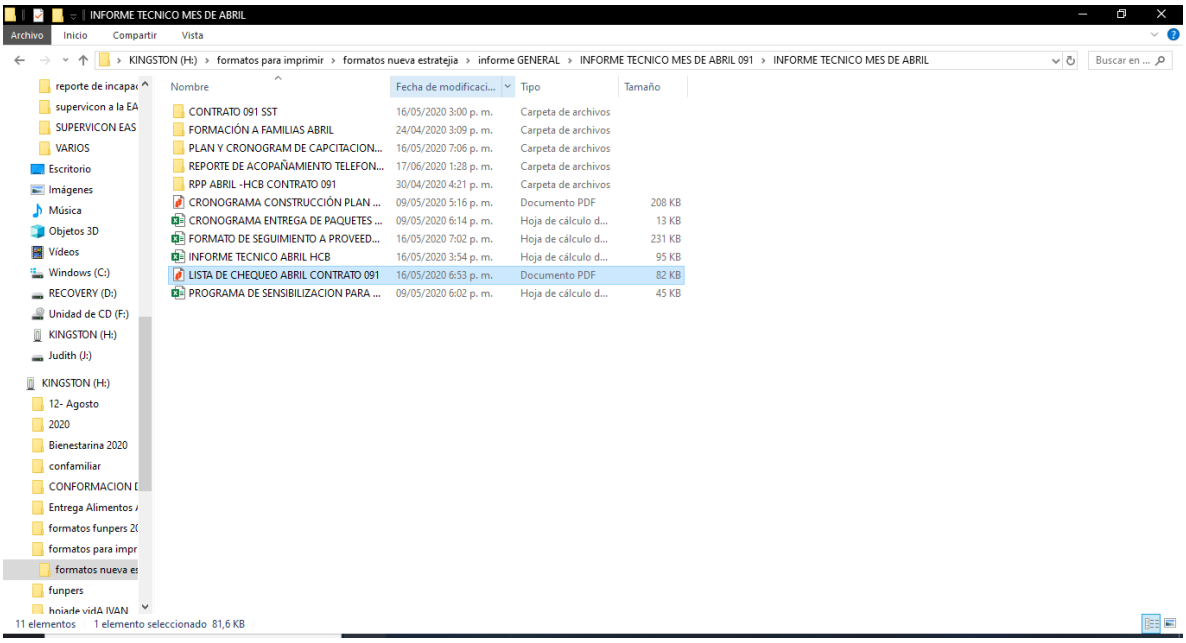

Gmail
ABRIL
Enlace de descarga
https://we.tl/t-SEADBoWMut
1 elemento
INFORME TECNICO MES DE ABRIL
Carpeta · 10 elementos
Mensaje
Buenas noche por medio del presente correo me permito enviar la segunda parte del informe técnico del mes de abril 091quedo pendiente de sus observaciones gracias
Para asegurarte de que te lleguen nuestros correos electrónicos, añade noreply@wetransfer.com a tus contactos.


Gmail
Marino.Rivera@icbf.gov.co
PARTE 1 INFORME TÉCNICO ACTIVIDADES DE INICIO CONTRATO 091
JUDITH MUÑOZ <funpers2020@gmail.com>
para Patricia, Edwiin, Marino
INFORME DE FASE PREPARATORIA CONTRATO 091....
Buenas noches Doc por medio del presente correo me permito enviar la primera parte del informe técnico , después de recibí las orientaciones sobre su presentación.
en otro correo le enviare la otra parte ya que el queda muy pesado al enviar.
gracias

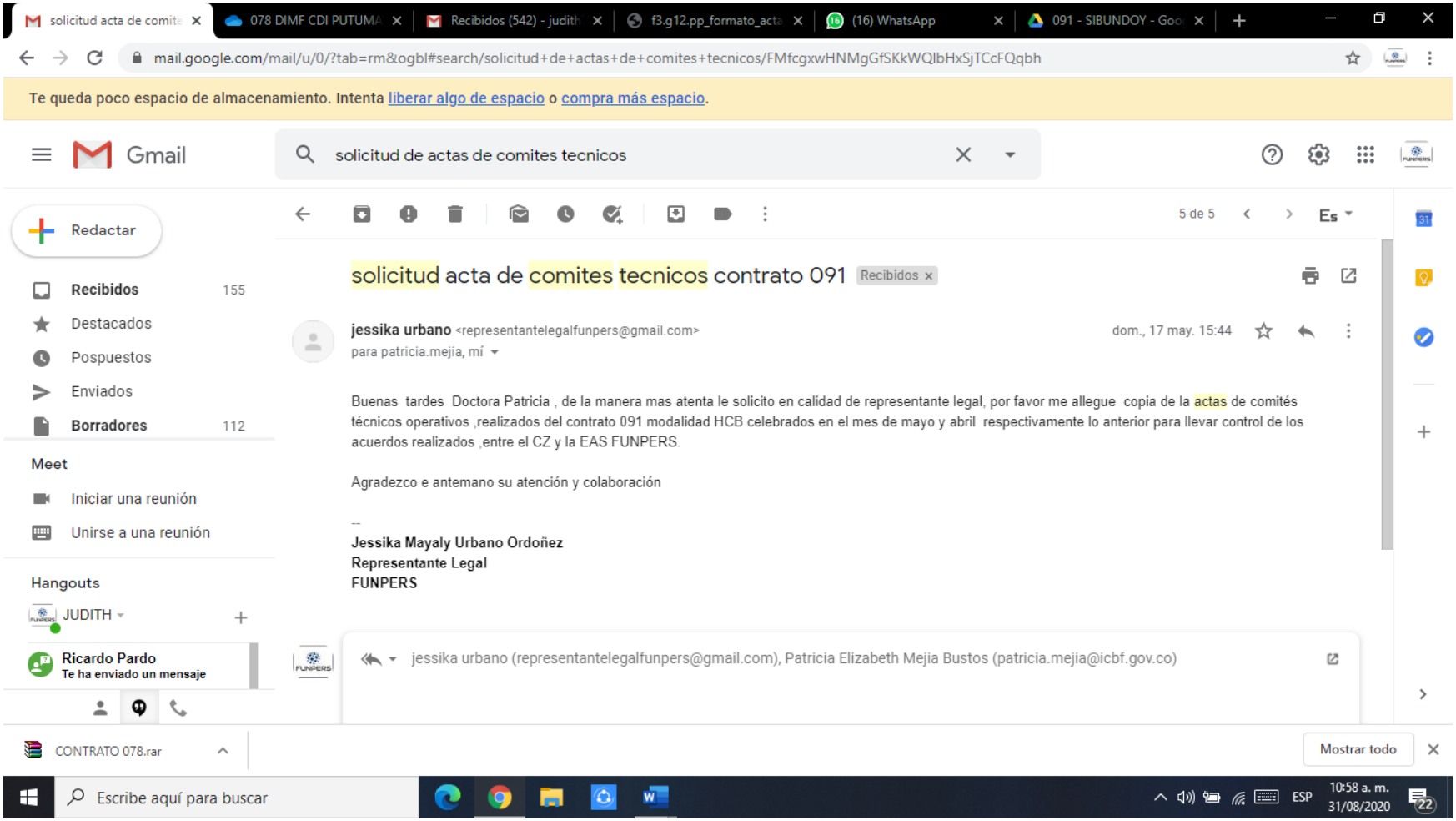
Relación de elementos enviados en el informe

INFORME MENSUALDE EJCUCIÓN TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA DE ACTIVIDADES-HCB						
ITEM	DOCUMENTO SOPORTE	PERIODICIDAD	FORMA DE PRESENTACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1	Formato Informe Técnico y Administrativo Mensual-F8.MO12.PP	Mensual	MAGNETICO			
2	Actas de Concertación con Comunidades Étnicas-F1.MO14.PP	Primer informe técnico	MAGNETICO			NO SE HA PÓDIDO REALIZAR TODAVIA
3	Plan de formación a familias con cronograma	Primer informe técnico y cada vez que se actualice	MAGNETICO			SE PRESENTA EL CRONOGRAMA DE P´RACTICAS DE LA ESTRATEGIA CONTACTO SIN CONTAGIO
4	Acta de formación a familias, con los respectivos registros de asistencia y registro fotográfico.	Mensual	MAGNETICO			LAS ACTAS SON REMPLAZADAS POR LOS REPORTES AL APLICATIVO CUENTAME DE FORMACION A FAMILIAS LAS CUALES SE ANEXAN SEGÚN LA ORIENTACIONES BRINDAS
5	Plan de cualificación al Talento Humano y jornadas de reflexión pedagógica con cronograma	Primer informe técnico y cada vez que se actualice	MAGNETICO			
6	Acta de cualificación a talento humano con los respectivos registros de asistencia y registro fotográfico	Mensual	MAGNETICO			
7	Reporte de activación de rutas ante situaciones que amenacen o pongan en riesgo la vida e integridad física de las niñas y los niños del servicio, en los	Cada vez que se presente	MAGNETICO			
8	Planilla de entrega de complemento nutricional a niños y niñas en las fechas en que se realiza grupo de estudio y trabajo con el talento humano (Último viernes de cada mes)	Mensual	MAGNETICO			
9	Formato Entrega Alimento Alto Valor Nutricional a Beneficiarios-F2.P5.PP-	Mensual (Para niños y niñas mayores de 6 meses se entrega bimensual y para Gestantes y Lactantes mensual	MAGNETICO			NO SE REPORTA PARA ESTE MES
10	Seguimiento nutricional: En los casos que aplique copia de oficio de remisión de casos de malnutrición a entidades competentes, plan de intervención colectivo e informe cualitativo-descriptivo sobre el seguimiento y acciones realizadas con las niñas y niños que se encuentran en estado	Abril, Julio, Octubre, Diciembre	MAGNETICO	N/A	NA	NA
11	Formato de proveedores de alimentos-F9.MO12.PP.	Primer informe técnico y cada vez que se actualice	MAGNETICO			
12	Concepto sanitario de los espacios destinados para el almacenamiento y ensamble de alimentos	Primer informe técnico y cada vez que se actualice	MAGNETICO			ESTA ACTIVIDAD ESTA APLAZADA YA QUE LA ENTIDAD ENCARGA DE ESTA ACCION TIENE SUSPENDIDAS LA VISITAS
13	Plan de saneamiento básico y manual de buenas prácticas de manufactura	Primer informe técnico y cada vez que se actualice	MAGNETICO			YA FUE ENVIADO PARA SU VERIFICACIONY VISTO BUENO
14	Actas, registro de asistencia y registro fotográfico de jornadas de control social	Primer y último informe técnico	MAGNETICO			ESTA ACTIVIDAD SE REALIZARA EN ELMES DE MAYO
15	CRONOGRAMA Plan de trabajo para desarrollar	Primer Informe	MAGNETICO			

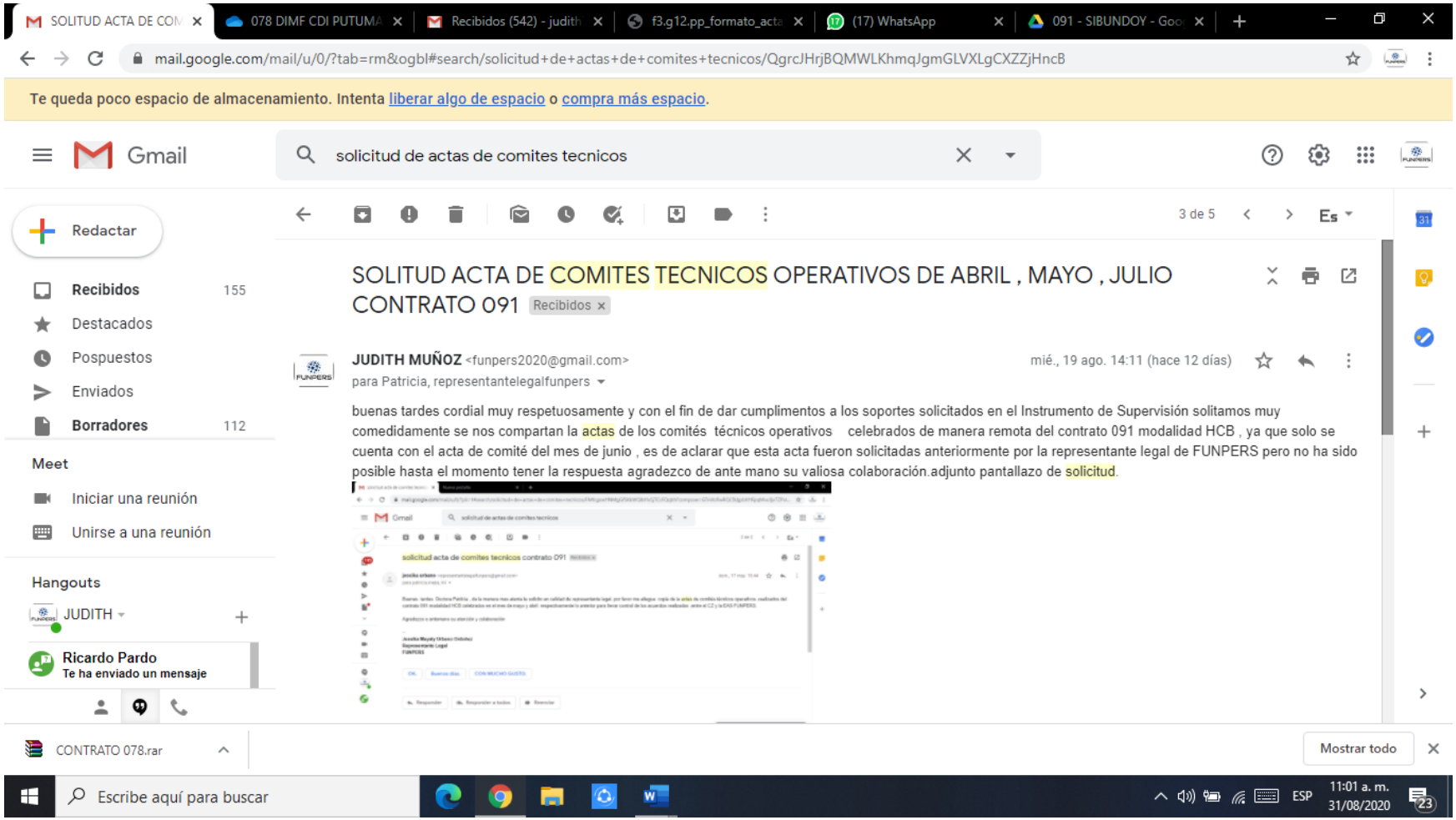
15	CRONOGRAMA Plan de trabajo para desarrollar	Primer Informe	MAGNETICO			
16	Matriz de seguimiento a las listas de espera	Mensual	MAGNETICO			NO SE PRESENAN LISTAS DE ESPERA
17	Actas de entrega y recibo de los bienes muebles entregados por el ICBF y de los adquiridos con la respectiva relación de inventarios	Primer informe técnico y cada vez que se actualice	MAGNETICO			HASTA EL MOMENTO NO SE HA PODIDO REALIZAR ESTA ACTIVIDAD
18	Relación mediante acta de los elementos propiedad de la EAS y puestos a disposición de las UDS, en los casos que aplique	Primer informe técnico y cada vez que se actualice	MAGNETICO	NA	NA	NA

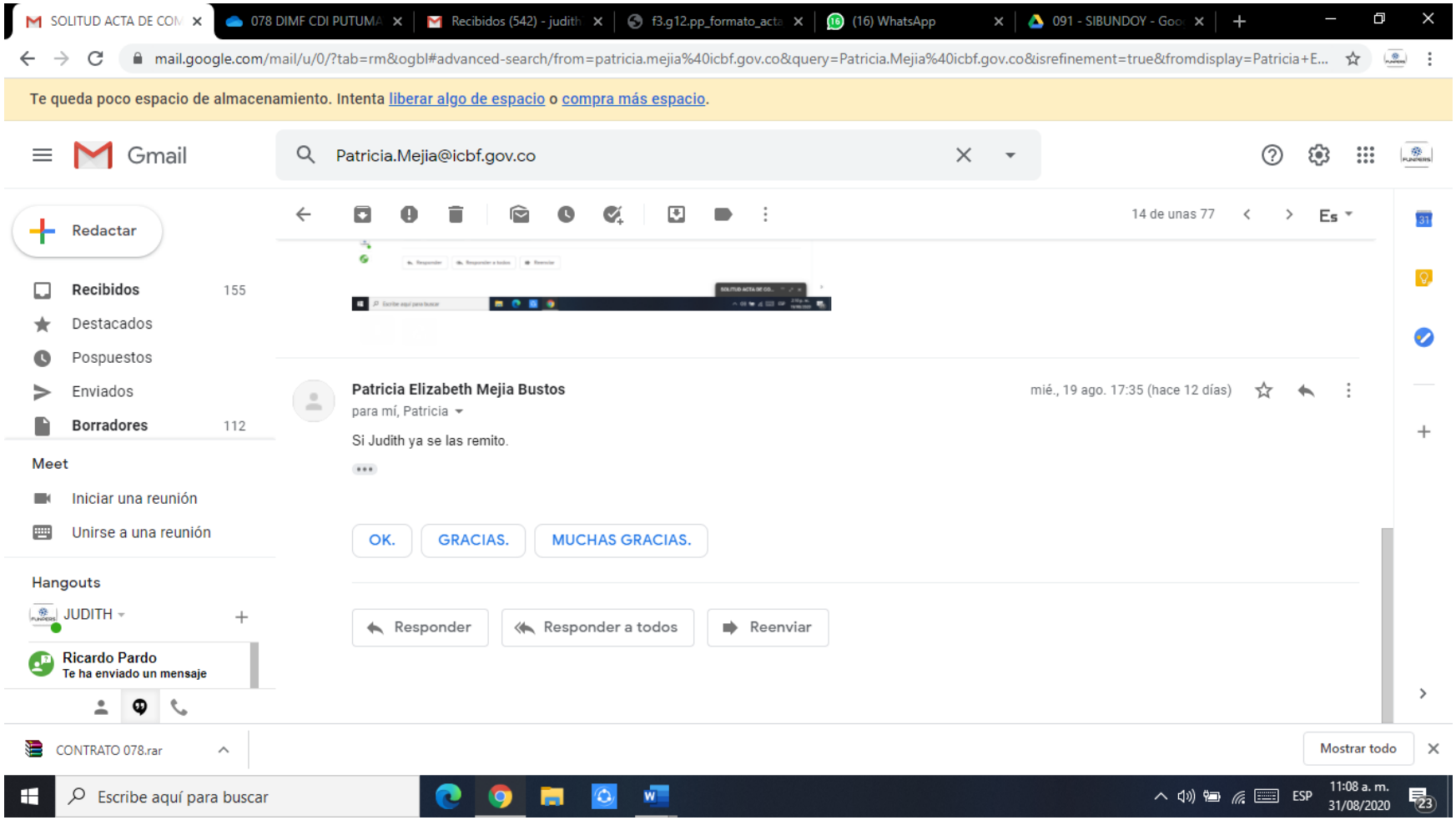


SOLICITUD DE ACTAS COMITES MES DE ABRIL Y MES DE MAYO CONTRATO 091



SOLICITUD DE ACTAS DE COMITÉ TECNICO ABRIL MAYO JUNIO JULIO Y agosto de 2020




SOLITUD ACTA DE COM
078 DIMF CDI PUTUMA
Recibidos (542) - judith
f3.g12.pp_formato_acta
(16) WhatsApp
091 - SIBUNDOY - Goo
mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#advanced-search/from=patricia.mejia%40icbf.gov.co&query=Patricia.Mejia%40icbf.gov.co&isrefinement=true&fromdisplay=Patricia+E...
Te queda poco espacio de almacenamiento. Intenta liberar algo de espacio o compra más espacio.
Gmail
Patricia.Mejia@icbf.gov.co
Redactar
Recibidos 155
Destacados
Pospuestos
Enviados
Borradores 112
Meet
Iniciar una reunión
Unirse a una reunión
Hangouts
JUDITH
Ricardo Pardo
Te ha enviado un mensaje
14 de unas 77
Es
Patricia Elizabeth Mejia Bustos
para mí, Patricia
mié., 19 ago. 17:35 (hace 12 días)
Si Judith ya se las remito.
OK.
GRACIAS.
MUCHAS GRACIAS.
Responder
Responder a todos
Reenviar
CONTRATO 078.rar
Mostrar todo
Escribe aquí para buscar
ESP
11:08 a. m.
31/08/2020

Nombre de la Entidad Contratista	Identificación EAS
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966

FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966

FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL	900631966

Número Contrato	Vigencia Contrato	Regional Contrato	Regional UDS	Código UDS
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8621900022123
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8621900022188
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8621900022273
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8621900022164
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8621900022241
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8621900106684
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8621900021970
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8621900022315
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8621900106683
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8621900021955
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8674900022856
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8674900023071

86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8674900023129
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8675500026364
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8675500106676
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8675500026403
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8675500026303
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8676000030014
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8676000018752
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8676000019767
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8676000019825
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8676000106673
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8676000012208
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8676000014885
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8676000021880
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8676000012222

86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8676000012608
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8676000021861
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8676000021921
86000912020	2020	Putumayo	Putumayo	8676000020948

Nombre UDS	Centro Zonal UDS	Zona Ubicación UDS
PEQUEÑOS EXPLORADORES	CZ SIBUNDOY	RESTO
MI MUNDO FELIZ	CZ SIBUNDOY	CABECERA
LINDOS SUEÑOS	CZ SIBUNDOY	CABECERA
LOS CARIÑOSITOS	CZ SIBUNDOY	CABECERA
LOS ANGELITOS	CZ SIBUNDOY	RESTO
PEQUEÑOS GIGANTES	CZ SIBUNDOY	RESTO
SEMILLITAS DEL SABER	CZ SIBUNDOY	CABECERA
MI PEQUEÑO MUNDO 2	CZ SIBUNDOY	RESTO
MI PEQUEÑO MUNDO	CZ SIBUNDOY	CABECERA
LOS CHIQUITINES	CZ SIBUNDOY	CABECERA
SHINYETEM	CZ SIBUNDOY	RESTO
TSEM JENAN	CZ SIBUNDOY	CABECERA

LOS PEQUEÑINES	CZ SIBUNDOY	RESTO
NUEVA GENERACION	CZ SIBUNDOY	RESTO
SILVESTRE	CZ SIBUNDOY	RESTO
SAN SILVESTRE	CZ SIBUNDOY	RESTO
CARITAS ALEGRES	CZ SIBUNDOY	RESTO
HOGAR RENACER	CZ SIBUNDOY	CABECERA
EL RINCONCITO	CZ SIBUNDOY	RESTO
LA RECREACION	CZ SIBUNDOY	RESTO
CARITAS FELICES	CZ SIBUNDOY	RESTO
HOGAR DEL DIVINO NIÑO	CZ SIBUNDOY	CABECERA
WAWAKUNAPA WUASI	CZ SIBUNDOY	CABECERA
MI PEQUEÑO MUNDO 1	CZ SIBUNDOY	CABECERA
INDIPAYAKU	CZ SIBUNDOY	RESTO
LAS SEMILLITAS	CZ SIBUNDOY	CABECERA

PERSONITAS DEL MAÑANA	CZ SIBUNDOY	CABECERA
LA MARIZOLA	CZ SIBUNDOY	RESTO
JARDIN DE ILUSIONES	CZ SIBUNDOY	CABECERA
DIVINO NIÑO	CZ SIBUNDOY	RESTO

Departamento UDS	Municipio UDS
Putumayo	Colon
Putumayo	Colon
Putumayo	Colon
Putumayo	Colon
Putumayo	Colon
Putumayo	Colon
Putumayo	Colon
Putumayo	Colon
Putumayo	Colon
Putumayo	Colon
Putumayo	Colon
Putumayo	Sibundoy
Putumayo	Sibundoy

Putumayo	Sibundoy
Putumayo	San Francisco
Putumayo	San Francisco
Putumayo	San Francisco
Putumayo	San Francisco
Putumayo	Santiago
Putumayo	Santiago
Putumayo	Santiago
Putumayo	Santiago
Putumayo	Santiago
Putumayo	Santiago
Putumayo	Santiago
Putumayo	Santiago
Putumayo	Santiago

Putumayo	Santiago
Putumayo	Santiago
Putumayo	Santiago
Putumayo	Santiago

Servicio	Tipo de Documento
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA

HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA

HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA
HCB - COMUNITARIO	CEDULA DE CIUDADANIA

Número de Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido
41180356	MARIA	BELLANIRA	LOPEZ
27472982	CARMEN	DEL PILAR	PEJENDINO
41181449	LIGIA	DEL SOCORRO	RAMOS
27472716	EDY	NANCY	PEJENDINO
41180388	MARIA	ONEIDA	QUITIAQUEZ
1124314848	MARITZA	KATHERINE	DUARTE
27473002	JENNY	AMPARO	BURBANO
59812885	NELLY		URBANO
41160081	OMAIRA	ALICIA	TONGUINO
1124314504	MARIA	DE LOS ANGELES	BURBANO
41182591	LUZ	MARINA	AGREDA
41181370	LUZ	MARINA	CHICUNQUE

41180593	NATIVIDAD		CHINDOY
41180946	MYRIAM	DEL ROSARIO	JACANAMIJOY
41182877	MARIA	FATIMA	JAMIOY
41181050	MARIA	ORFELINA	JUAGIBIOY
27284719	IRMA	ABELINA	BURBANO
27469431	MARIA	ISABEL	CORDOBA
27470112	RUTH	MARIA	CUATINDIOY
27470719	GLADIS	ESPERANZA	CUATINDIOY
27470471	ROSA	MARIA	GOMAJOA
27469094	SARA	CLEMENCIA	MONCAYO
27470688	YOLANDA	DEL CARMEN	AGREDA
30707253	ROSA	ELVIRA	CORDOBA
27470687	LUCIA	ESPERANZA	MOJOMBOY
27469809	MARIA	HILDA	ARTEAGA

27469611	MARIA	STELLA	ARTEAGA
41181329	MARIA	JESUSA	MOJOMBOY
27469213	MARIA	DEL CARMEN	TAQUEZ
27470683	ROSA	AURA	MOJOMBOY

Segundo Apellido	Fecha de Nacimiento	Edad en Años	Sexo
SOLARTE	30/09/1955	65	Mujer
CANTUCA	24/03/1973	47	Mujer
GUERRERO	07/05/1971	49	Mujer
VALLEJO	04/04/1968	52	Mujer
SOLARTE	02/10/1960	60	Mujer
CERON	23/02/1992	28	Mujer
MARTINEZ	15/09/1976	44	Mujer
MUÑOZ	01/11/1967	53	Mujer
ORTEGA	18/08/1968	52	Mujer
MARTINEZ	19/06/1991	29	Mujer
CHICUNQUE	05/06/1979	41	Mujer
JAMIOY	08/11/1968	52	Mujer

CHINDOY	18/04/1957	63	Mujer
MAVISOY	28/02/1966	54	Mujer
JAMIOY	06/09/1982	38	Mujer
JANSASOY	27/12/1968	52	Mujer
ROSERO	21/01/1957	63	Mujer
CEBALLOS	27/10/1957	63	Mujer
MUYUY	03/12/1967	53	Mujer
CUATINDIOY	01/08/1980	40	Mujer
QUINCHOA	10/08/1977	43	Mujer
DE ARTEAGA	16/12/1944	76	Mujer
BUESAQUILLO	24/01/1981	39	Mujer
PALACIOS	15/05/1954	66	Mujer
MOJOMBOY	26/05/1980	40	Mujer
LOPEZ	20/08/1952	68	Mujer

LOPEZ	01/01/1956	64	Mujer
MOJOMBOY	26/09/1966	54	Mujer
ITUYAN	11/08/1944	76	Mujer
	06/01/1981	39	Mujer

Grupo étnico en el que se auto reconoce	pueblo indígena al que pertenece
NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES	
NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES	
NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES	
NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES	
NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES	
NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES	
NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES	
NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES	
NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES	
NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES	
INDIGENA	
INDIGENA	

NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES	
INDIGENA	KAMËNTSA (CAMËNTSA, KAMSA, CACHE, SIBUNDOY CACHE, SIBUNDOY)
INDIGENA	INGA (IMGA, INGANOS)
INDIGENA	INGA (IMGA, INGANOS)
NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES	
NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES	
INDIGENA	INGA (IMGA, INGANOS)
INDIGENA	INGA (IMGA, INGANOS)
INDIGENA	INGA (IMGA, INGANOS)
NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES	
INDIGENA	INGA (IMGA, INGANOS)
NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES	
INDIGENA	INGA (IMGA, INGANOS)
NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES	

NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES

INDIGENA INGA (IMGA, INGANOS)

NO SE AUTORECONOCE EN NINGUNO DE LOS ANTERIORES

INDIGENA

EL integrante del talento humano habla la lengua nativa del grupo étnico al que pertenece	Departamento de Residencia	Municipio de Residencia
	Putumayo	Colon
	Putumayo	Colon
	Putumayo	Colon
	Putumayo	Colon
	Putumayo	Colon
	Putumayo	Sibundoy
	Putumayo	Colon
	Putumayo	Colon
	Putumayo	Colon
	Putumayo	Colon
S	Putumayo	Sibundoy
S	Putumayo	Sibundoy

	Putumayo	Sibundoy
S	Putumayo	San Francisco
N	Putumayo	San Francisco
S	Putumayo	San Francisco
	Putumayo	San Francisco
	Putumayo	Santiago
N	Putumayo	Santiago
N	Putumayo	Santiago
N	Putumayo	Santiago
	Putumayo	Santiago
N	Putumayo	Santiago
	Putumayo	Santiago
N	Putumayo	Santiago
	Putumayo	Santiago

	Putumayo	Santiago
N	Putumayo	Santiago
	Putumayo	Santiago
N	Putumayo	Santiago

Zona de Ubicación	Centro Poblado	Comuna Localidad	Barrio
RESTO			
CABECERA	COLÓN		
CABECERA	COLÓN		
CABECERA	COLÓN		
RESTO			
RESTO			
CABECERA	COLÓN		
CABECERA	COLÓN		
CABECERA	SAN PEDRO		
CABECERA	COLÓN		
RESTO			
CABECERA	SIBUNDOY		

CABECERA	SIBUNDOY
RESTO	
RESTO	
RESTO	
CABECERA	SAN FRANCISCO
CABECERA	SANTIAGO
RESTO	
RESTO	
CABECERA	SANTIAGO
CABECERA	SANTIAGO
CABECERA	SAN ANDRÉS
CABECERA	SANTIAGO
RESTO	
CABECERA	SANTIAGO

CABECERA SANTIAGO

RESTO

CABECERA SANTIAGO

RESTO

Nombre Zona Resto	Dirección de Residencia	Número de Teléfono
OTRO	VEREDA MICHOACAN CERCA A LA UNIDAD MENTAL	3117750418
	SC BARRIO PORVENIR UN CALLE12 13 CERCA A LA CAPILLA DEL DIVINO NIO COLON	3226496416
	SC BARRIO EL CENTRO UN CALLE 5 N 10 11 ALADO DEL CENTRO CULTURAL COLON	3235006071
	SC BARRIO SAN ANTONIO UN CRA 5 CALLE 4 N 5 FRENTE A AGUA SAN JOSE COLON	3209332833
OTRO	SAN PEDRO BARRIO EL PROGRESO CALLE 2 3 CARRERA 1 CUADRA ARRIBA DEL CABILDO INGA	3138619458
OTRO	VIA AL ALTO SAN PEDRO 4 CUADRAS ARRIBA COLEGIO ALBERTO LEON ROJAS	3158887274
	SC BARRIO SAN ANTONIO UN CRA 5 N 4 26 ALADO DE AGUA SAN JOSE COLON	3115683686
	SC BARRIO SAN ANTONIO UN CALLE 4 N 4 44 ALADO DEL MONTALLANTAS VIA PRINCIPAL COLON	3147331099
	SC SAN PEDRO BARIO OCCIDENTE UN ENTRANDO A SAN PEDRO VIA PRINCIPAL COLON	3134727878
OTRO	SC BARRIO SAN ANTONIO	3136573152
TAMABIOY	TAMABIOY	3205319893
	SC BARRIO ORIENTAL UN MEDIA CUADRA BAJANDO DE LA VILLA DEPOTIVA SIBUNDOY	3136348097

	SC VEREDA LLANO GRANDE UN AL LADO DE LA ESCUELA SIBUNDOY	3213112641
OTRO	VEREDA LA MENTA AL LADO DE LA ESCUELA	3116818524
OTRO	AL LADO DE LA ESCUELA DE SAN SILVESTRE	3165660279
OTRO	AL LADO DE LA ESCUELA DE SAN SILVESTRE	3215984957
	SC VEREDA CENTRAL SAN ANTONIO UN MEDIA CUADRA DEL CIC SAN FRANCISCO	3218584300
	SC BARRIO VILLA NUEVA UN RESPALDO AL COLEGIO SANTIAGO	3108345958
OTRO	DETRÁS DEL CABILDO INDIGENA INGA	3138623428
OTRO	VEREDA CHAGUAR SINDAMANOY FRENTE A LA QUEBRADA	3209436773
	SC BARRIO EL TRIUNFO UN DOS CUADRAS MAS ABAJO DEL COLEGIO SANTIAGO	3134834794
	SC BARRIO NAZARETH CRA 5 NO 5 53 UN CALLE PRINCIPAL SANTIAGO	3186718520
	SC BARRIO VILLA NUEVA UN CALLE 31 CERCA AL ANCIANATO SANTIAGO	3203811502
	SC BARRIO LOS ESTUDIANTES UN CALLE 5 CARRERA 12 A MEDIA CUADRA DEL MATADERO VIEJO SANTIAGO	3134916412
OTRO	VEREDA CHORRO SAN JOSE CERCA A LA GRUTA	3144126012
	SC BARRIO SANTA TERESITA UN CALLE 8 N 4 40 CERCA A TALLER DE CARROS SANTIAGO	3122737055

	SC BARRIO EL TRIUNFO UN MANZANA 1CASA 1 DIAGONAL AL COLEGIO SANTIAGO	3216282085
OTRO	VEREDA LA Y ANTES DE LLEGAR A SAN SEBASTIAN	3103230861
	SC BARRIO LA FLORESTA UN JUNTO A LA CAPILLA DEL DIVINO NIO DE PRAGA SANTIAGO	3178119648
OTRO	EN LA Y ANTES DE LLEGAR A SAN SEBASTIAN	3175274335

Correo Electrónico	Máximo Nivel Educativo Alcanzado	ÚLTIMO AÑO DE ESTU básica y media c
ADRIANABML1702@GMAIL.COM	FORMACION TECNICA PROFESIONAL	TRECE NORMAL
CARMEN.PEJENDINO@GMAIL.COM	FORMACION TECNICA PROFESIONAL	TRECE NORMAL
LIGIARAMOS05@GMAIL.COM	FORMACION TECNICA PROFESIONAL	TRECE NORMAL
EDYNANCI2010@HOTMAIL.COM	FORMACION TECNICA PROFESIONAL	TRECE NORMAL
MADRESCOMUNITARIAS159@GMAIL.COM	SECUNDARIA	TRECE NORMAL
MADRESCOMUNITARIAS159@GMAIL.COM	FORMACION TECNICA PROFESIONAL	TRECE NORMAL
MADRESCOMUNITARIAS159@GMAIL.COM	FORMACION TECNICA PROFESIONAL	TRECE NORMAL
NELY.URBANO@HOTMAIL.COM	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO	ONCE
MADRESCOMUNITARIAS159@GMAIL.COM	FORMACION TECNICA PROFESIONAL	TRECE NORMAL
BURBANOM904@GMAIL.COM	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO	ONCE
LUCHITA-05-79@OUTLOOK.ES	FORMACION TECNICA PROFESIONAL	TRECE NORMAL
SHINYETEMM@GMAIL.COM	EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO	ONCE

NATIVIDAD.CHINDOY@HOTMAIL.COM	SECUNDARIA	TRECE NORMAL
MADRESCOMUNITARIAS159@GMAIL.COM	FORMACION TECNICA PROFESIONAL	TRECE NORMAL
LAUFATIMA82@GMAIL.COM	FORMACION TECNICA PROFESIONAL	TRECE NORMAL
MARIAJUAJIBIOY@GMAIL.COM	SECUNDARIA	TRECE NORMAL
MADRESCOMUNITARIAS159@GMAIL.COM	SECUNDARIA	14 EDUCACIÓN DISCAPA NO INTEGI
MARIA.CORDOBA@HOTMAIL.COM	FORMACION TECNICA PROFESIONAL	TRECE NORMAL
RUTH.CUATINDIOY@HOTMAIL.COM	SECUNDARIA	DÉCIM
MADRESCOMUNITARIAS159@GMAIL.COM	SECUNDARIA	NOVEN
ROSA.GOMAJOA@HOTMAIL.COM	FORMACION TECNICA PROFESIONAL	TRECE NORMAL
JAIRMARIN69@HOTMAIL.COM	FORMACION TECNICA PROFESIONAL	ONCE
YOLANDA.AGREDA@HOTMAIL.COM	FORMACION TECNICA PROFESIONAL	TRECE NORMAL
MADRESCOMUNITARIAS159@GMAIL.COM	FORMACION TECNICA PROFESIONAL	TRECE NORMAL
LUCIA.MOJOMBOY@HOTMAIL.COM	FORMACION TECNICA PROFESIONAL	TRECE NORMAL
MADRESCOMUNITARIAS159@GMAIL.COM	SECUNDARIA	TRECE NORMAL

MADRESCOMUNITARIAS159@GMAIL.COM	FORMACION TECNICA PROFESIONAL	TRECE NORMAL
MADRESCOMUNITARIAS159@GMAIL.COM	SECUNDARIA	TRECE NORMAL
MARIA.TAQUEZ@HOTMAIL.COM	FORMACION TECNICA PROFESIONAL	TRECE NORMAL
ROSAAURA@GMAIL.COM	FORMACION TECNICA PROFESIONAL	TRECE NORMAL

DIOS en educación que aprobó	Mes y año de aprobación del último nivel de educación básica y media	Institución de Educación Superior
. SUPERIOR	5 - 2004	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJESENA
. SUPERIOR	11 - 2012	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJESENA
. SUPERIOR	8 - 2000	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJESENA
. SUPERIOR	5 - 2004	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJESENA
. SUPERIOR	12 - 2013	
. SUPERIOR	12 - 2009	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJESENA
. SUPERIOR	6 - 1998	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJESENA
E	12 - 2001	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJESENA
. SUPERIOR	12 - 1999	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJESENA
E	11 - 2008	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJESENA
. SUPERIOR	7 - 1999	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJESENA
E	6 - 1997	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJESENA

. SUPERIOR	12 - 2013	
. SUPERIOR	12 - 2005	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJESENA
. SUPERIOR	12 - 2001	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJESENA
. SUPERIOR		
ACIDAD COGNITIVA RADA	12 - 2013	
. SUPERIOR	12 - 2011	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJESENA
O		
IO	12 - 2009	
. SUPERIOR	7 - 1998	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJESENA
E	6 - 1995	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJESENA
. SUPERIOR	12 - 2011	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJESENA
. SUPERIOR	5 - 2004	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJESENA
. SUPERIOR	12 - 2000	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJESENA
. SUPERIOR	12 - 2011	

SUPERIOR		SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJESENA
SUPERIOR	12 - 2009	
SUPERIOR	6 - 1996	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJESENA
SUPERIOR	12 - 2001	POLITECNICO NACIONAL DE ARTES Y OFICIOS PONAO

Título Obtenido de Educación Superior	Mes y año de aprobación del último nivel de educación superior
TECNICO EN ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	11 - 2014
TECNICO EN ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	11 - 2014
TECNICO EN ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	3 - 2013
TECNICO EN ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	2 - 2012
TECNICO EN ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	5 - 2014
TECNICO EN ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	2 - 2012
TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	2 - 2012
TECNICO EN ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	6 - 2014
TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	2 - 2012
TECNICO EN ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	1 - 2016
TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	12 - 2005

TECNICO EN ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	1 - 2012
TECNICO EN ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	3 - 2013
TECNICO EN ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	6 - 2014
TECNICO EN ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	5 - 2014
TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	5 - 2014
TECNICO EN ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	6 - 2014
TECNICO EN ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	5 - 2014
TECNICO EN ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	1 - 2015

TECNICO EN ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	5 - 2014
TECNICO EN ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	5 - 2014
TECNICO LABORAL EN ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA	9 - 2016

Título Obtenido de Postgrado

Cuáles considera que son sus necesidades de formación como agente educativo de primera infancia
Formación y acompañamiento a f
Formación y acompañamiento a f
Formación y acompañamiento a f
Formación y acompañamiento a f
Formación y acompañamiento a f
Formación y acompañamiento a f
Formación y acompañamiento a f
Formación y acompañamiento a f
Formación y acompañamiento a f
Formación y acompañamiento a f
Pedagogía
Formación y acompañamiento a f,Juego o Lúdica,Literatura y arte
Formación y acompañamiento a f

Formación y acompañamiento a f,Salud y Nutrición

Formación y acompañamiento a f

Formación y acompañamiento a f

Formación y acompañamiento a f

Formación y acompañamiento a f

Ambiente y entornos saludables,Derechos, participación y ciud,Formación y acompañamiento a f

Formación y acompañamiento a f

Formación y acompañamiento a f

Formación y acompañamiento a f

Psicología

Formación y acompañamiento a f

Formación y acompañamiento a f

Formación y acompañamiento a f

Ambiente y entornos saludables

Formación y acompañamiento a f

Ambiente y entornos saludables

Formación y acompañamiento a f

Formación y acompañamiento a f

Tiempo de experiencia en el trabajo con primera infancia
Entre 7 y 10 años
Entre 7 y 10 años
Más de 10 años
Más de 10 años
Más de 10 años
Entre 7 y 10 años
Más de 10 años
Más de 10 años
Entre 7 y 10 años
Menos de un año
Más de 10 años
Entre 7 y 10 años

Más de 10 años

Más de 10 años

Entre 5 y 7 años

Más de 10 años

Entre 7 y 10 años

Más de 10 años

Más de 10 años

Más de 10 años

Entre 7 y 10 años

Más de 10 años

Más de 10 años

Más de 10 años

Más de 10 años

Más de 10 años

Más de 10 años

Más de 10 años

Más de 10 años

Entre 1 y 3 años

Tiene acceso a los siguientes bienes y servicios?	Tipo de contrato	Es madre comunitaria
Computador,Servicio de internet Banda Anc	TÉRMINO FIJO	S
Computador,Servicio de internet Banda Anc	TÉRMINO FIJO	S
Computador,Servicio de internet Banda Anc	TÉRMINO FIJO	S
Computador,Servicio de internet Banda Anc	TÉRMINO FIJO	S
Computador,Servicio de internet Banda Anc	TÉRMINO FIJO	S
Computador,Servicio de internet Banda Anc	TÉRMINO FIJO	S
Computador,Servicio de internet Banda Anc	TÉRMINO FIJO	S
Computador	TÉRMINO FIJO	S
Computador,Servicio de internet Banda Anc	TÉRMINO FIJO	S
Computador	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	N
Computador,Servicio de internet Banda Anc	TÉRMINO FIJO	S
Computador	TÉRMINO FIJO	S

Computador,Servicio de internet Banda Anc	TÉRMINO FIJO	S
Computador,Servicio de internet Banda Anc	TÉRMINO FIJO	S
Computador,Servicio de internet Banda Anc	TÉRMINO FIJO	S
Computador,Servicio de internet Banda Anc	TÉRMINO FIJO	S
Computador,Servicio de internet Banda Anc	TÉRMINO FIJO	S
Computador	TÉRMINO FIJO	S
Computador,Servicio de internet Banda Anc	TÉRMINO FIJO	S
Computador,Servicio de internet Banda Anc	TÉRMINO FIJO	S
Computador,Servicio de internet Banda Anc	TÉRMINO FIJO	S
Computador	TÉRMINO FIJO	S
Computador,Servicio de internet Banda Anc	TÉRMINO FIJO	S
Computador,Servicio de internet Banda Anc	TÉRMINO FIJO	S
Computador,Servicio de internet Banda Anc	TÉRMINO FIJO	S
Computador	TÉRMINO FIJO	S

Computador,Servicio de internet Banda Anc	TÉRMINO FIJO	S
Computador,Servicio de internet Banda Anc	TÉRMINO FIJO	S
Computador,Servicio de internet Banda Anc	TÉRMINO FIJO	S
Computador,Servicio de internet Banda Anc	TÉRMINO FIJO	S

En el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) usted es	Se encuentra afiliada(o) a una EPS
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S

BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S

BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S
BENEFICIARIO O COTIZANTE DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	S

¿A qué EPS se encuentra afiliada(o)?	Se encuentra afiliada(o) a una ARL?
MEDIMAS EPS	S
LA NUEVA EPS S.A.	S
MEDIMAS EPS	S
MEDIMAS EPS	S
MEDIMAS EPS	S
LA NUEVA EPS S.A.	S
MEDIMAS EPS	S
MEDIMAS EPS	S
MEDIMAS EPS	S
MEDIMAS EPS	S
MEDIMAS EPS	S

MEDIMAS EPS	S
MEDIMAS EPS	S
MEDIMAS EPS	S
MEDIMAS EPS	S
LA NUEVA EPS S.A.	S
MEDIMAS EPS	S
LA NUEVA EPS S.A.	S
LA NUEVA EPS S.A.	S
MEDIMAS EPS	S
MEDIMAS EPS	S
LA NUEVA EPS S.A.	S
MEDIMAS EPS	S
LA NUEVA EPS S.A.	S
MEDIMAS EPS	S

MEDIMAS EPS	S
LA NUEVA EPS S.A.	S
LA NUEVA EPS S.A.	S
LA NUEVA EPS S.A.	S

¿A qué ARL se encuentra afiliada(o)?
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

¿Se encuentra afiliada(o) a un fondo de pensiones?
S
S
S
S
S
S
S
S
S
S
S
S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

¿A qué fondo de pensiones se encuentra afiliada(o)?

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

ADMINISTRADORA COLOMBINA DE PENSIONES
COLPENSIONES

¿Se encuentra afiliada(o) a caja de compensación?
S
S
S
S
S
S
S
S
S
S
S
S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

¿A qué Caja de Compensación Familiar se encuentra afiliada(o)?	Estado de vinculación
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO
	ACTIVO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL PUTUMAYO COMFAMILIAR PUTUMAYO	ACTIVO

Cargo	Fecha Vinculación	Fecha Desvinculación
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020	
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020	
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020	
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020	
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020	
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020	
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020	
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020	
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020	
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020	
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020	
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020	

MADRE COMUNITARIA	10/04/2020
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020

MADRE COMUNITARIA	01/04/2020
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020
MADRE COMUNITARIA	01/04/2020

Motivo de Desvinculación

Fundación de profesionales
Enfocados en la Reconstrucción Social

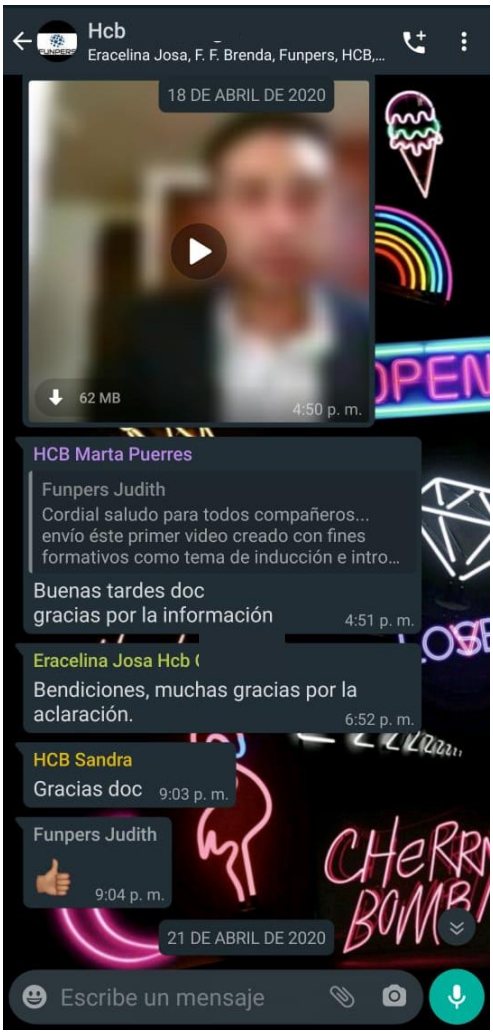
ACTA No.:	4
FECHA Y LUGAR:	18 de ABRIL de 2020 Vía Whatsapp
HORA:	4:50 pm
TEMA:	Generalidades del ICBF y la EAS
OBJETIVO	Realizar el proceso de inducción con el talento humano, abordando de manera reflexiva las generalidades del ICBF y la EAS, como la visión, misión y objetivos misionales.
PARTICIPANTES DE LA REUNIÓN	TALENTO HUMANO
ORDEN DEL DIA	1. Saludo de bienvenida 2. Desarrollo del tema 3. Conclusiones y reflexiones finales

No	RESUMEN DE TEMAS TRATADOS
1.	Se da inicio a la jornada de capacitación con un saludo cordial y se envía el video a través del grupo de Whatsapp, en dicho video se encuentra el contenido temático a trabajar y las indicaciones para la actividad de refuerzo y evaluación de la capacitación.
2.	Luego se abordaron las generalidades del ICBF y de la EAS, para lo cual se implementa una metodología reflexiva que permite afianzar los conocimientos previos y resignificarlos, generando nuevos conocimientos y conceptos necesarios para brindar una atención de Calidad. Esta metodología estuvo estructurada de manera lógica y creativa, en el que se fueron trabajando uno a uno los conceptos básicos, hasta llegar a descubrir la misión y Visión del ICBF y la EAS. Para tal fin fueron fundamentales los siguientes conceptos: • ICBF: Misión: Promover el desarrollo y la protección integral de los niños, niñas y adolescentes, fortaleciendo las capacidades de las familias como entornos protectores y principales agentes de transformación social. Visión: Lideraremos la construcción de un país en que los niños, niñas y adolescentes se desarrollen en condiciones de equidad y libres de violencias. • Fundación FUNPERS: Misión: La Fundación FUNPERS es una organización sin ánimo de lucro, cuya Misión es prestar el servicio a la comunidad, dirigido a personas con diferentes entornos sociales, culturales y económicos de la ciudad, por medio de una atención integral personalizada. Visión: Seremos una organización de referencia en el ámbito de la proyección social, que cubra todas las necesidades de comunidad con programas sociales. Cuya manera de actuar se basa en la integridad, la eficacia, la transparencia, el servicio, la calidad y el interés general.
3.	Para finalizar se brinda un espacio para que los asistentes manifiesten sus comentarios y se llega a conclusiones acerca de las experiencias que tuvieron durante la capacitación y los aprendizaje adquiridos.

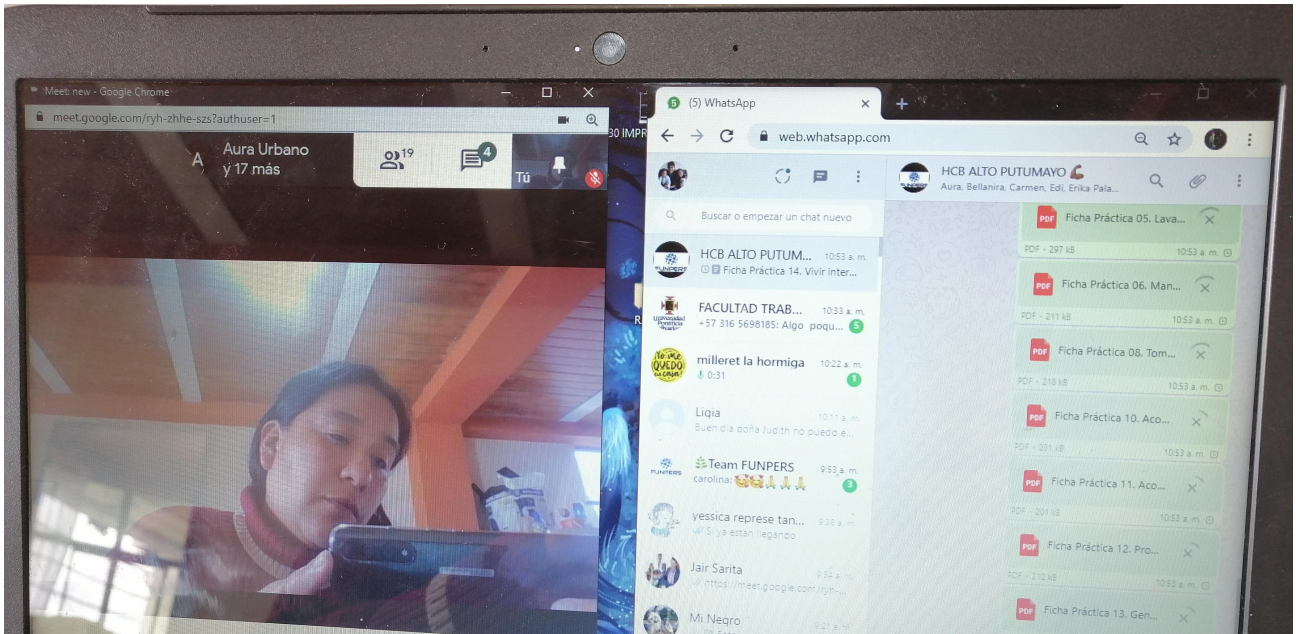
Fundación de profesionales
Enfocados en la Reconstrucción Social

No	RESUMEN DE TEMAS TRATADOS

REGISTRO FOTOGRAFICO



No siendo otro el motivo se termina la reunión.



Fundación de profesionales
Enfocados en la Reconstrucción Social

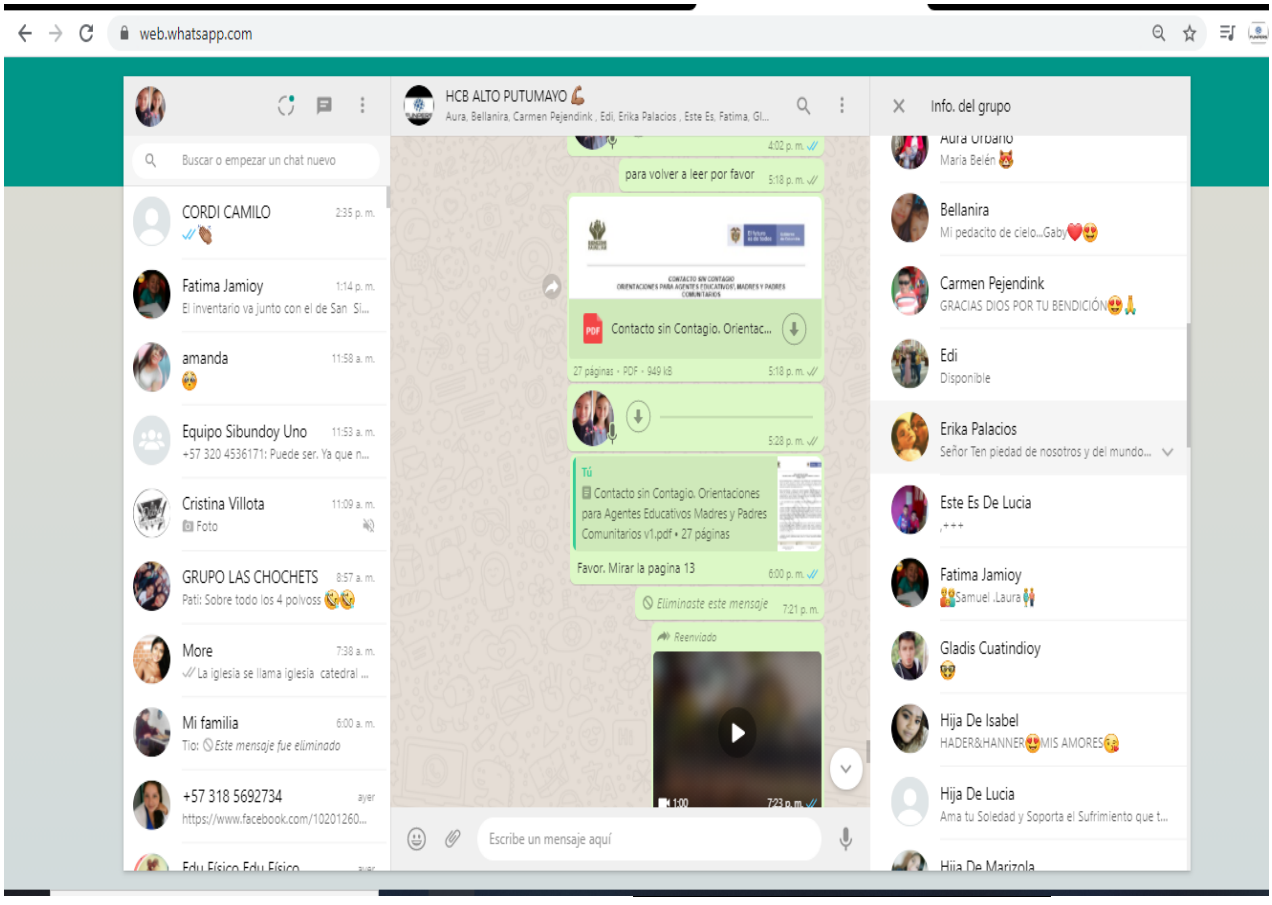
ACTA No.:	2
FECHA Y LUGAR:	23 de abril de 2020
HORA:	4:00 pm
TEMA:	Socialización ley 1804 de 2016
OBJETIVO	Socializar al Talento Humano la ley 1804 de 2016
PARTICIPANTES DE LA REUNIÓN	TALENTO HUMANO
ORDEN DEL DIA	1. Saludo de bienvenida 2. Desarrollo del tema 3. Conclusiones y reflexiones finales

No	**RESUMEN DE TEMAS TRATADOS**
1.	Para el inicio de la reunión se brinda un caluroso saludo de bienvenida a todo el talento humano y se sugiere mantener disposición para el desarrollo de la actividad.
2.	Posterior a esto se abordan temas y conceptos de la ley 1804 de 2016 para que los asistentes tengan conocimiento necesario y así puedan tener las herramientas suficientes para aplicar en su contexto laboral. Los propósitos de la **ley 1804 de 2016**, la cual tiene las bases conceptuales, técnicas y de gestión para garantizar el desarrollo integral, buscando fortalecer el marco institucional para el reconocimiento, la protección y la garantía de los derechos de las mujeres gestantes y de los niños y niñas de cero a 6 años de edad. Seguidamente se socializo los dos tipos de definiciones basadas en los acuerdos y desarrollo conceptuales de la política como son: • Conceptos propios de la primera infancia: educación inicial, atención integral, seguridad alimentaria y nutricional. • Conceptos relativos a la gestión pública: desarrollo integral, entornos. Se retroalimenta conceptos como son: - **Educación Inicial** se define como un derecho fundamental de los niños y niñas menores de 6 años de edad, también se concibe como un proceso educativo y pedagógico intencional, permanente y estructurado, donde los niños y niñas desarrollan su potencial y habilidades en el juego, el arte, la literatura y exploración del medio, contando con la familia como actor principal para dicho proceso. - **Atención Integral** se define como el conjunto de acciones intersectoriales, relacionales y efectivas encaminadas a asegurar que en cada uno de los entornos en los que transcurre la vida de los niños y niñas existan condiciones humanas, sociales y materiales para garantizar la promoción de su desarrollo. Estas acciones son planificadas, continuas y permanentes, deben darse en ámbitos nacional y territorial. - **Entornos** se define como los espacios físicos, sociales, y culturales diversos en los que los niños y las niñas se desenvuelven, con los cuales interactúan, en los que se materializan las acciones de política pública, son determinantes para su desarrollo integral; como entornos están el hogar, el entorno salud, el educativo, el espacio público y otros propios de cada contexto cultural y étnico.

Fundación de profesionales
Enfocados en la Reconstrucción Social

No	RESUMEN DE TEMAS TRATADOS
	-Ruta Integral de Atenciones se define como la herramienta que contribuye a ordenar la gestión de la atención integral en el territorio de manera articulada, consecuente con la situación de derechos de los niños y niñas, con la oferta de servicios disponibles y con características de los niños y niñas que estén inmersas en sus contextos. - **Seguridad Alimentaria y Nutricional** se define como un conjunto de acciones articuladas que busca aportar a la realización de los derechos asociados a la alimentación y adecuada nutrición de los niños y niñas, estas acciones buscan fortalecer en las familias hábitos de vida saludable, alimentación nutricional en los niños y niñas y así evitar enfermedades. **- Realizaciones** se define como las condiciones y estados que se materializan en la vida de cada niña y niño, y que hacen posible su desarrollo Integral. El Estado colombiano se compromete a través de esta política a trabajar para que cada niño y niña en tiempo presente cuente con su padre, madre, familiares o cuidadores principales que se acojan y pongan en práctica pautas de crianza que favorezcan su desarrollo integral.
3.	Para finalizar se brinda un espacio para que los asistentes manifiesten sus comentarios.

REGISTRO FOTOGRAFICO



No siendo otro el motivo se termina la reunión.

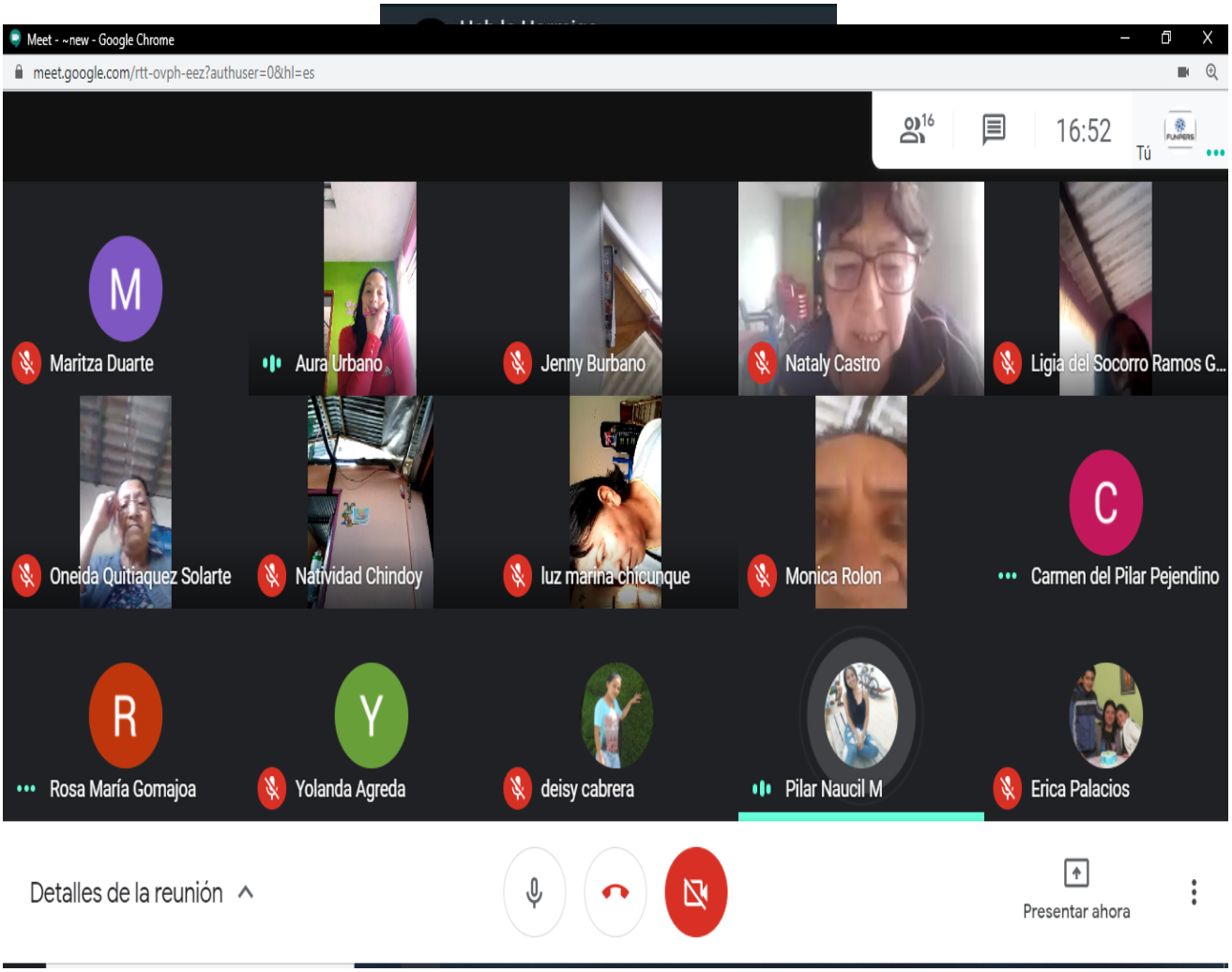
Fundación de profesionales
Enfocados en la Reconstrucción Social

ACTA No.:	3
FECHA Y LUGAR:	18 de abril 2020 Whatsapp
HORA:	4:50 p.m
TEMA:	Modelo de enfoque diferencial de derechos en ICBF
OBJETIVO	Capacitar al talento humano frente al modelo de enfoque diferencial de derechos, con el fin de fortalecer su conocimiento al respecto.
PARTICIPANTES DE LA REUNIÓN	TALENTO HUMANO
ORDEN DEL DIA	1. Saludo de bienvenida 2. Desarrollo del tema 3. Conclusiones y reflexiones finales

No	RESUMEN DE TEMAS TRATADOS
1.	En primera instancia se realiza saludo de bienvenida y posterior envío del video por whatsapp, el cual contiene la explicación de la temática, así como, la descripción de la actividad de refuerzo y evaluación.
2.	Sumado a lo anterior se realiza el análisis contextual que involucra la mirada de la población sujeto de atención del ICBF como sensibles a la diferencia, no sólo para ser caracterizada, sino para promover acciones que no causen daño y que, por el contrario, promuevan el desarrollo integral y respeten la diversidad en todas sus formas (étnica, cultural, religiosa, física, de género, sexual, etc.). Por consiguiente se aborda la perspectiva de atención diferenciada para los derechos de la infancia, la niñez y la adolescencia en el país, tomando en cuenta ciclo vital, discapacidad, pertenencia étnica, derechos de las mujeres, diversidad sexual, con el propósito de impactar en todos su accionar, permear la cultura organizacional de la entidad e incidir en la corresponsabilidad del Estado, la sociedad y la familia, para la garantía efectiva de los derechos de la infancia, la niñez y la adolescencia en el país desde los diversos enfoques diferenciales. Posterior a ello, se aborda el modelo de enfoque de derechos desde una perspectiva integral puesto que, está representada en la articulación efectiva que dé respuesta oportuna e integral para niños, niñas, adolescentes y las familias; teniendo en cuenta sus particularidades, como aspectos incluyentes, pero con especificidades para su atención. Así, la protección integral implica identificar los factores protectores endógenos y exógenos, de modo que se potencien aquellos que procuren la prevalencia de los derechos de la niñez y la adolescencia; tales como cultura, historia, pensamiento, economía, entre otros aspectos; estableciendo grupos poblacionales basados en el reconocimiento de lo territorial, el ciclo vital, la pertenencia étnica, el género y la discapacidad. Además se abordan los tres ejes estratégicos: asistencia técnica, comunicaciones y participación.
3.	b. Tres líneas de acción: información y caracterización; análisis de la respuesta institucional; e inclusión para la generación de capacidades y oportunidades c. Cuatro categorías: discapacidad, género, diversidad sexual y de género (lgbti) y pertenencia étnica. Se brinda uno espacio de preguntas donde se despejan dudas e inquietudes acerca de los temas tratados Se finaliza reunión con el agradecimiento a cada una de las personas que participaron de la reunión, a

No	RESUMEN DE TEMAS TRATADOS
	la espera que la información entregada coadyuve al buen funcionamiento y al desarrollo de cada proceso relacionado con el enfoque de derechos. **CONCLUSION:** Se observa interés y participación activa a las actividades desarrolladas y se sensibiliza al talento humano frente a la importancia de aplicar este modelo a fin de reconocer, comprender y valorar las creencias, prácticas, saberes, expectativas y formas propias de relacionamiento de los ciudadanos.

REGISTRO FOTOGRAFICO



No siendo otro el motivo se termina la reunión.

Fundación de profesionales
Enfocados en la Reconstrucción Social

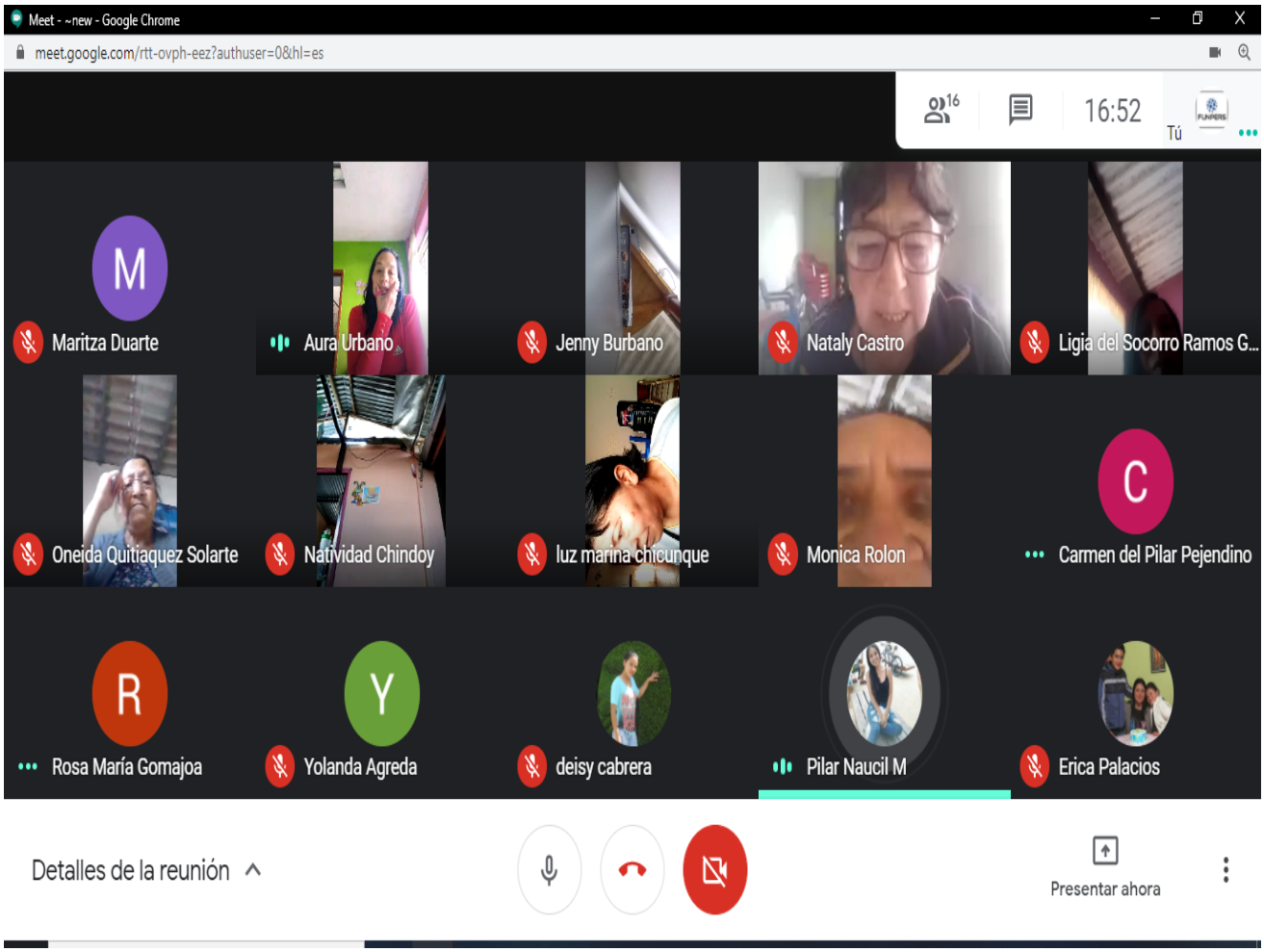
ACTA No.:	1
FECHA Y LUGAR:	18 de ABRIL de 2020 Vía Whatsapp
HORA:	4:50 pm
TEMA:	Sentido de la Educación Inicial
OBJETIVO	Realizar el proceso de inducción con el talento humano, abordando de manera reflexiva el Sentido de la educación Inicial (referentes técnicos de la educación inicial en el marco de la atención integral), con el fin de promover la atención de Calidad.
PARTICIPANTES DE LA REUNIÓN	TALENTO HUMANO
ORDEN DEL DIA	1. Saludo de bienvenida 2. Desarrollo del tema 3. Conclusiones y reflexiones finales

No	**RESUMEN DE TEMAS TRATADOS**
1.	Se da inicio a la jornada de capacitación con un saludo cordial y se envía el video a través del grupo de Whatsapp, en dicho video se encuentra el contenido temático a trabajar y las indicaciones para la actividad de refuerzo y evaluación de la capacitación.
2.	Luego se abordó el tema del Sentido de la Educación Inicial, para lo cual se implementa una metodología reflexiva que permite afianzar los conocimientos previos y resignificarlos, generando nuevos conocimientos y conceptos necesarios para brindar una atención de Calidad. Esta metodología estuvo estructurada de manera lógica y creativa, en el que se fueron trabajando uno a uno los conceptos básicos de la educación inicial, hasta llegar a descubrir el sentido de la Educación Inicial. Para tal fin fueron fundamentales los siguientes conceptos: • Conceptos propios de la primera infancia: educación inicial, atención integral, seguridad alimentaria y nutricional. • Conceptos relativos a la gestión pública: desarrollo integral, entornos. Posteriormente, se socializaron los referentes técnicos y se resolvieron las inquietudes existentes frente a cada uno de ellos
3.	Para finalizar se brinda un espacio para que los asistentes manifiesten sus comentarios y se llega a conclusiones acerca de las experiencias que tuvieron durante la capacitación y los aprendizaje adquiridos.

Fundación de profesionales
Enfocados en la Reconstrucción Social

No	RESUMEN DE TEMAS TRATADOS

REGISTRO FOTOGRAFICO



No siendo otro el motivo se termina la reunión.

Responsables:

Coordinadora Local

REPUBLICA DE COLOMBIA
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
REGIONAL PUTUMAYO

ACTA DE INICIACIÓN DE CONTRATO

En Mocoa , aL primer día del mes de Abril de 2020, se reunieron: el Contratista Yessika Mayaly Urbano Ordoñez Representante Legal y la supervisora del contrato Patricia Elizabeth Mejía Bustos, ésta última en representación del ICBF, con el fin de suscribir el ACTA DE INICIACION del Contrato 091 de 2020, inciando su ejecución a partir de la fecha.

CONTRATO NÚMERO	**91**	**FECHA DEL CONTRATO**	**DD**	**MM**	**AA**
			26	**3**	**2020**

CLASE DE CONTRATO

	Contrato de obra		Convenio interadministrativo
	Contrato de consultoría		Contrato de suministro
	Contrato de prestación de servicios		Contrato de comodato
	Contrato de compraventa	X	**Otro :CONTRATO DE APORTE**

OBJETO CONTRACTUAL

Prestar los servicios de educación inicial en el marco de la atención integral en los Hogares Comunitarios de Bienestar – HCB de conformidad con el Manual Operativo de la Modalidad Comunitaria, el Lineamiento Técnico para la Atención a la Primera Infancia y las directrices establecidas por el ICBF, en armonía con la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre.

CONTRATISTA

Nombre y/o razón social: Fundacion de profesionales enfocados a la reconstrucción social

Cédula de ciudadanía Nº 1.080.900.708 NIT No. **900.631.966-1**

VALOR $ 587.343.488.00

Valor en letras: QUINIENTOS OCHENTA Y SIETE MILLONES TRECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE.

PLAZO

Desde el día 1 de abril de 2020 hasta el 30 de noviembre del 2020

SUPERVISOR O INTERVENTOR

PATRICIA ELIZABETH MEJIA BUSTOS

Dependencia:

OTROS

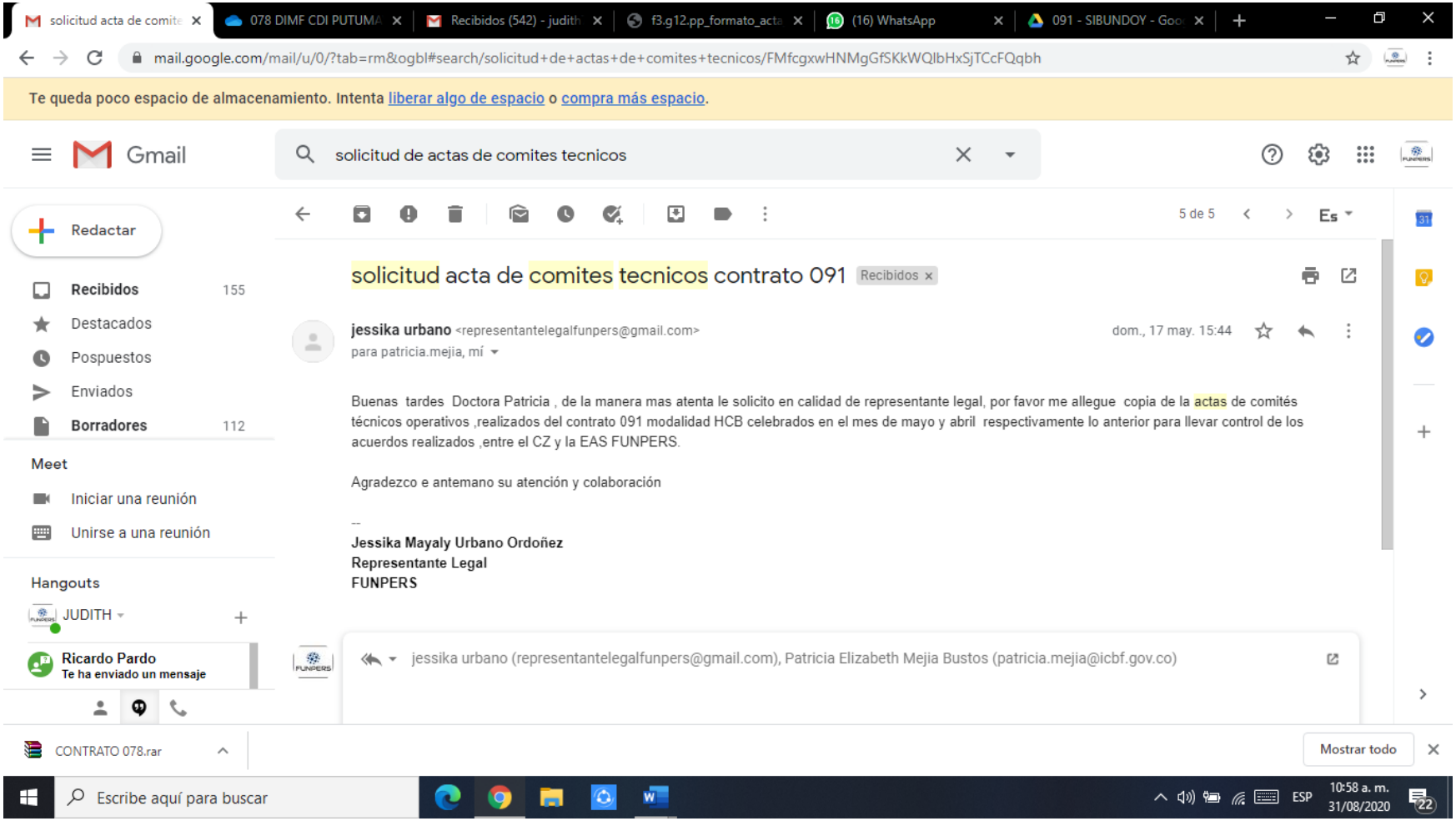
Obligaciones Del ICBF : El **ICBF** se obliga en especial a ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del supervisor del mismo.**Obligaciones del Contratista :** El contratista se obliga con el **ICBF,** en general, a cumplir cabalmente con el objeto y cláusulas del presente contrato, la Constitución Política de Colombia y las disposiciones legales vigentes en materia de derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta por quienes en ella intervinieron, en Mocoa,

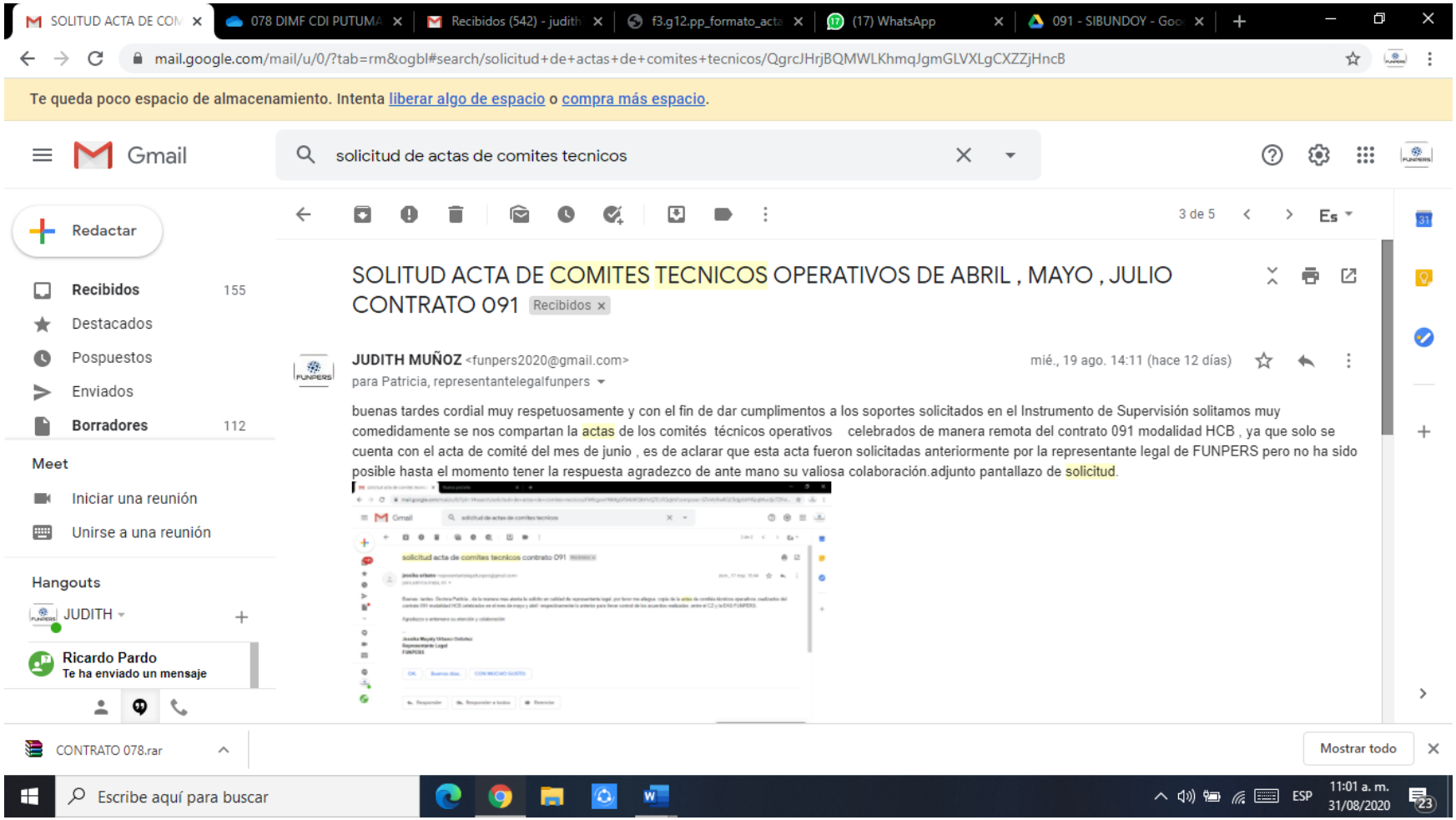
JESSIKA MAYALY URBANO ORDOÑEZ.
FIRMA DEL CONTRATISTA

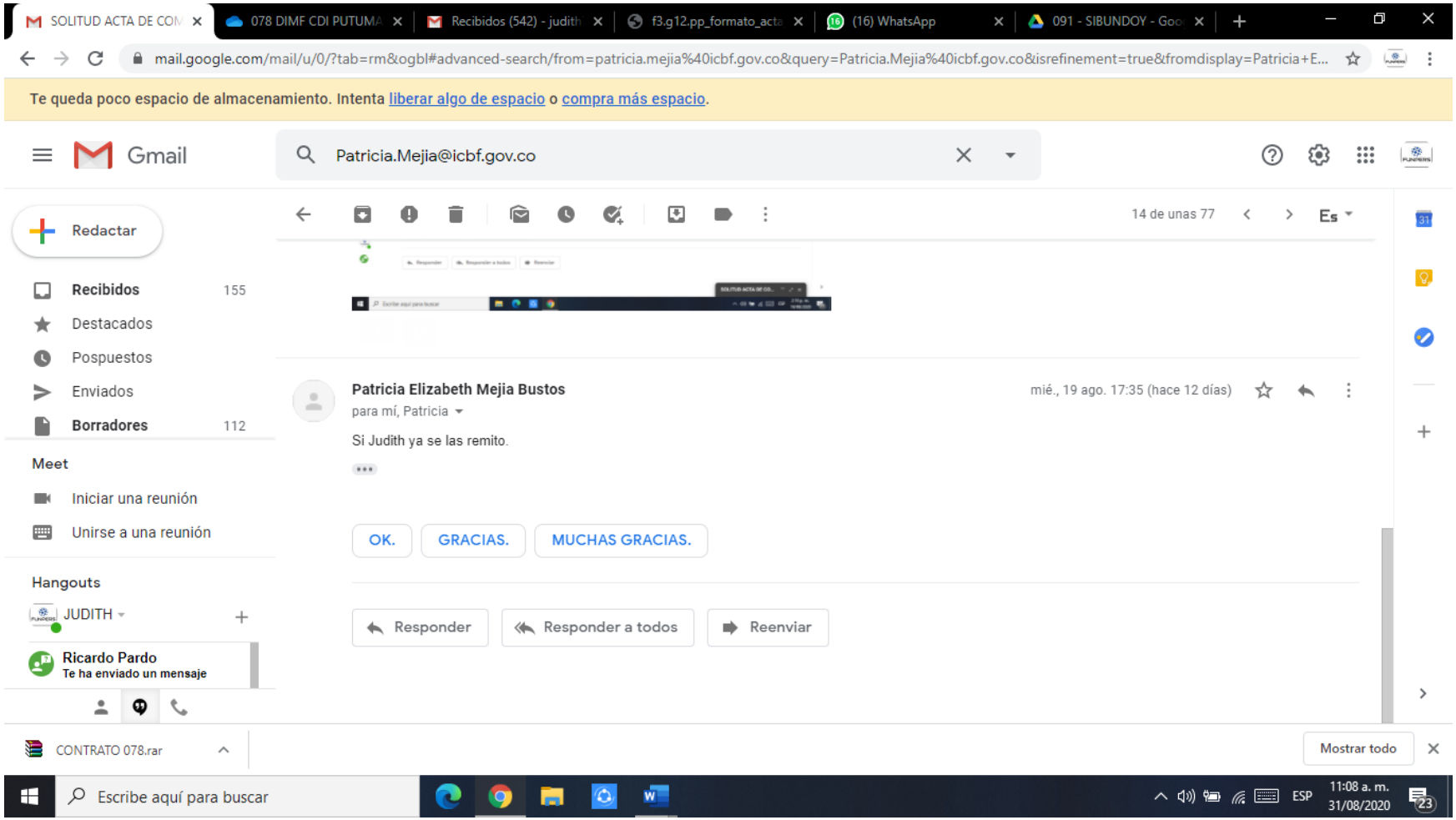
PATRICIA ELIZABETH MEJIA BUSTOS
FIRMA SUPERVISOR

SOLICITUD DE ACTAS COMITES MES DE ABRIL Y MES DE MAYO CONTRATO 091



SOLICITUD DE ACTAS DE COMITÉ TECNICO ABRIL MAYO JUNIO JULIO Y agosto de 2020




SOLITUD ACTA DE COM
078 DIMF CDI PUTUMA
Recibidos (542) - judith
f3.g12.pp_formato_acta
(16) WhatsApp
091 - SIBUNDOY - Goo
mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#advanced-search/from=patricia.mejia%40icbf.gov.co&query=Patricia.Mejia%40icbf.gov.co&isrefinement=true&fromdisplay=Patricia+E...
Te queda poco espacio de almacenamiento. Intenta liberar algo de espacio o compra más espacio.
Gmail
Patricia.Mejia@icbf.gov.co
Redactar
Recibidos 155
Destacados
Pospuestos
Enviados
Borradores 112
Meet
Iniciar una reunión
Unirse a una reunión
Hangouts
JUDITH
Ricardo Pardo
Te ha enviado un mensaje
14 de unas 77
Es
Patricia Elizabeth Mejia Bustos
para mí, Patricia
mié., 19 ago. 17:35 (hace 12 días)
Si Judith ya se las remito.
OK.
GRACIAS.
MUCHAS GRACIAS.
Responder
Responder a todos
Reenviar
CONTRATO 078.rar
Mostrar todo
Escribe aquí para buscar
ESP
11:08 a. m.
31/08/2020

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ATENDIDA MODALIDADES: INSTITUCIONAL- CDI, INSTITUCIONAL - HOGAR INFANTIL Y FAMILIAR	F5.MO12.PP	11/01/2017
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)				NIT DE LA EAS			
REGIONAL		CENTRO ZONAL		MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO			
N° CONVENIO		FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO		PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde:		
					Hasta:		
MODALIDADES DE ATENCIÓN	Institucional - CDI:			PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA	Desde:		
	Institucional - Hogar Infantil:						
	Familiar:				Hasta:		
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS							
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO							

El suscrito Representante Legal de la Entidad Administradora del Servicio mencionada anteriormente, certifica que:

Las unidades de servicio mencionadas a continuación, administradas por esta entidad funcionaron normalmente durante el mes XXXXX de del año 20XX cumpliendo con los estándares de calidad y lineamientos establecidos por el ICBF para el desarrollo de estas modalidades.

COBERTURA PROGRAMADA				COBERTURA ATENDIDA			
GRUPOS DE EDAD	N° DE UDS	N° DE BENEFICIARIOS PROGRAMADOS	DÍAS DE ATENCIÓN PROGRAMADOS PARA EL PERIODO	GRUPOS DE EDAD	N° DE UDS	N° DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS	DÍAS DE FUNCIONAMIENTO DE LA MODALIDAD
Mujeres gestante y en periodo de lactancia				Mujeres gestante y en periodo de lactancia			
Niños/as menores de 24 meses				Niños/as menores de 24 meses			
Niños/as entre 24 y 36 meses				Niños/as entre 24 y 36 meses			
Niños/as mayores de 36 meses				Niños/as mayores de 36 meses			
TOTAL	**0**	**0**	**0**	TOTAL	**0**	**0**	**0**

OBSERVACIONES	

La presente certificación se expide a los ___ días del mes de _____ del año _____en la cuidad de _____ a solicitud del supervisor del contrato

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	

NOTA: PARA LA MODALIDAD FAMILIAR REGISTRAR LA ASISTENCIA A LOS ENCUENTROS GRUPALES

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ATENDIDA SERVICIOS HCB	Versión 1	28/02/2017 Página 1 de 1
BIENESTAR FAMILIAR		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO (EAS)	FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECOSNTRUCCION SOCIAL			NIT DE LA EAS	900631966	
REGIONAL	PUTUMAYO	CENTRO ZONAL	SIBUNDOY	MUNICIPIOS DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	SAN FRANCISCO_SIBUNDOY_COLON_SANTIAGO	
N° CONTRATO	91	FECHA DE LEGALIZACIÓN DEL CONVENIO	01/04/2020	PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde:	01/04/2020
					Hasta:	30/11/2020
SERVICIOS DE ATENCIÓN	HCB tradicional Familiar		X	PERIODO SOBRE EL CUAL REPORTA	Desde:	01/08/2020
	HCB Agrupado					
	HCB FAMI					
	HCB Multiples				Hasta:	31/08/2020
	HCB Empresariales					
	Jardin social					

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	JESSIKA MAYALY URBANO ORDOÑEZ
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	PATRICIA MEJIA Coordinadora Centro Zonal ICBF Sibundoy

El suscrito Representante Legal de la Entidad Administradora del Servicio mencionada anteriormente, certifica que:

Las unidades de servicio mencionadas a continuación, administradas por esta entidad funcionaron normalmente durante el mes agosto de del año 2020 cumpliendo con los estándares de calidad y lineamientos establecidos por el ICBF para el desarrollo de estas modalidades.

NOMBRE DE LAS UNIDADES DE SERVICIO	MI PEQUEÑO MUNDO ,, MI PEQUEÑO MUNDO, LOS PEQUEÑINES,DIVIÑO NIÑO,,WAWAKUNAPA WUASI,LAS SEMILLITAS,RENACER,JARDIN DE ILUSIONES,PERSONITAS DEL MAÑANA,,CARITAS FELICES,LA MARISOLA,RINCONCITO,LA RECREACION,DIVINO NIÑO,INDIPAYAKURENACER ,SAN SILVESTRE,NUEVA GENERACION,CARITAS ALEGRES,SAN SILVESTRE,LOS ANGELITOS,PEQUEÑOS EXPLORADORES,Los Cariñositos,LINDOS SUEÑOS,Mi Pequeño Mundo,PEQUEÑOS GIGANTES,MI MUNDO FELIZ,SEMILLITAS DEL SABER,LOS CHIQUITNES

COBERTURA PROGRAMADA				COBERTURA ATENDIDA				
GRUPOS DE EDAD	N° DE UDS	N° DE BENEFICIARIOS PROGRAMADOS	DÍAS DE ATENCIÓN PROGRAMADOS PARA EL PERIODO	GRUPOS DE EDAD	SERVICIO	N° DE UDS	N° DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS	DÍAS DE FUNCIONAMIENTO DE LA MODALIDAD
Mujeres gestante y en periodo de lactancia	**N.A**	**NA**	**NA**	Mujeres gestante y en periodo de lactancia	**N.A**	**N.A**	**NA**	**NA**
Niños/as menores de 24 meses	**30**	**346**	**18**	Niños/as menores de 24 meses	**32**	**30**	**32**	**18**
Niños/as entre 24 y 36 meses				Niños/as entre 24 y 36 meses	**202**		**202**	
Niños/as mayores de 36 meses				Niños/as mayores de 36 meses	**107**		**107**	
TOTAL	**30**	**346**	**18**	TOTAL	**341**	**30**	**341**	**18**

OBSERVACIONES	SE REALIZAN ACOMPAÑAMIENTOS REMOTO

La presente certificación se expide a los 31 días del mes de AGOSTO del año 2020 en la cuidad de Sibundoy - Putumayo a solicitud del supervisor del contrato

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS
JESSIKA MAYALY URBANO ORDOÑEZ	
NÚMERO DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EAS	
1080900708 DE COLON NARIÑO	

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

ANALISIS PERCEPCION DE LA SATISFACCION

REGIONAL: Putumayo

CENTRO ZONAL: Sibundoy

OPERADOR: FUMPERS

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: Yesica Urbano

FECHA: 14 de julio de 2020

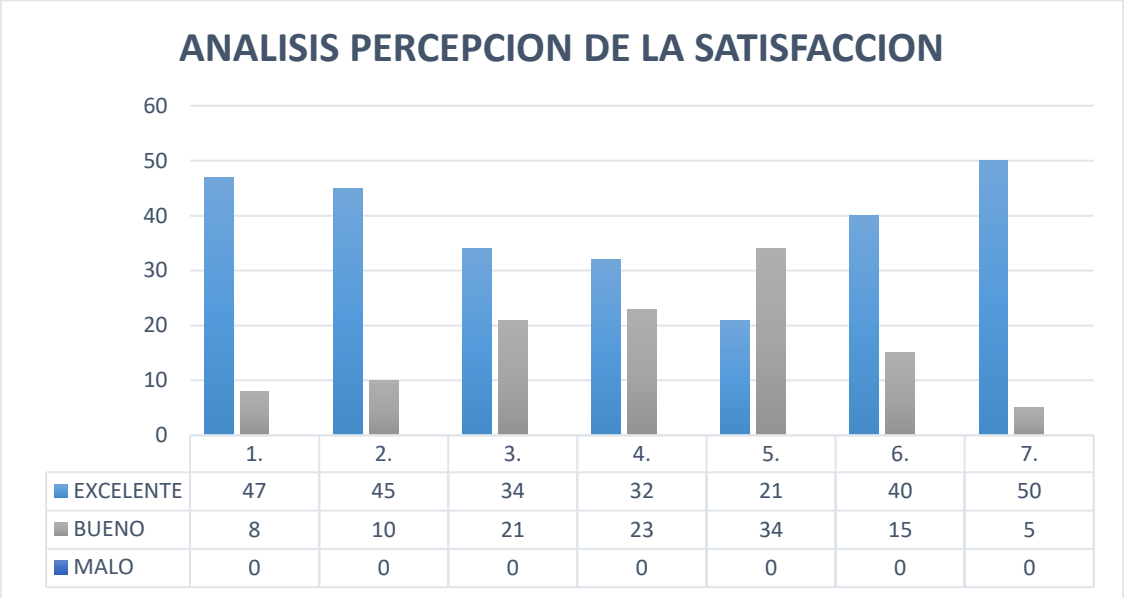
UDS: Colon

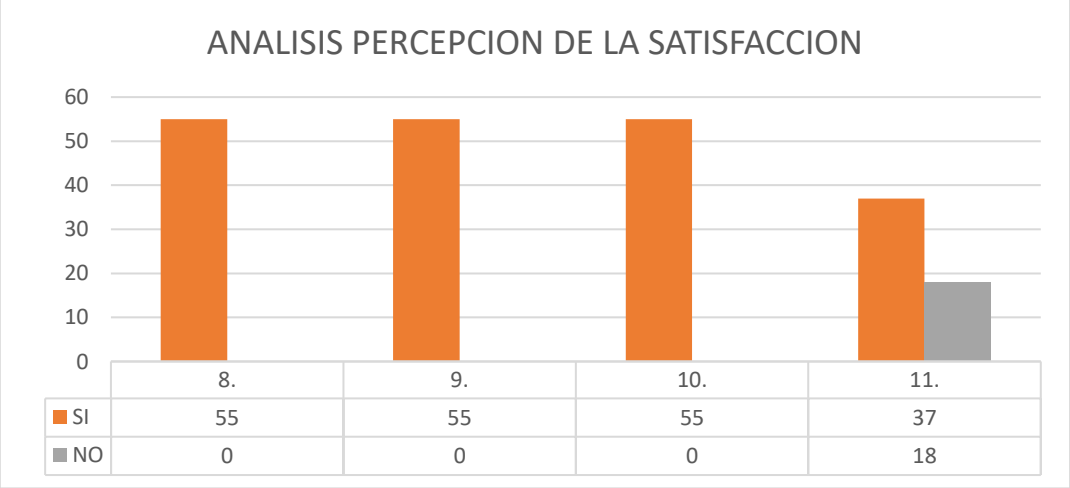
MODALIDAD: HCB

Cuantifique por cada ítem la cantidad de encuestas aplicadas a las familias.

N.º	ITEM	EXCELENTE	BUENO	MALO
1.	La atención prestada durante el acompañamiento telefónico por parte del agente educativo es:	47	8	0
2.	Considera que las actividades pedagógicas utilizadas por la docente son:	45	10	0
3.	El material propuesto para la realización de las distintas actividades pedagógicas en el hogar es	34	21	0
4.	Que tan satisfecho se encuentra con el paquete alimenticio entregado mensualmente para su hijo:	32	23	0
5.	considera que los alimentos recibidos en las entregas son:	21	34	0
6.	Como considera la atención y organización durante la entrega del paquete alimenticio es:	40	15	0
7.	calificaría la señal de la señal de su línea celular como:	50	5	0
			SI	**NO**
8.	Considera que el número de llamadas de acompañamiento telefónico realizados por semana son suficientes		55	0

9.	Considera que los materiales para desarrollar actividades propuestas en la cartilla mis manos te enseñan son fáciles para usted		55	0
10.	Las actividades pedagógicas designadas son del agrado de los niño y niñas		55	0
11.	Que temas le guastaría que se trabajen a través del acompañamiento telefónico		37	18
12.	¿Cuantas llamadas de acompañamiento telefónico recibe usted a la semana?	2 llamadas a la semana		





ACCIONES CORRECTIVAS

Acorde a los ítems que se hayan puntuado entre bueno y malo generar acciones de mejora para mejorar la percepción de la calidad de la atención en las familias.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
47 de los 55 padres de familia consideran que el acompañamiento telefónico realizado por los agentes educativos es excelente.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
8 padres de familia consideran que el acompañamiento telefónico realizado por los agentes educativos es bueno.	Los acompañamientos telefónicos se realizarán en diferentes horarios acorde a la disponibilidad y acuerdos llegados con las familias.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 14/07/2020	Consignación de la información en el seguimiento al desarrollo

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
45 de los padres de familia consideran que las que las actividades pedagógicas utilizadas por el docente son excelentes.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
10 padres de familia consideran que las actividades pedagógicas utilizadas por la docente son buenas.	Se implementarán nuevas estrategias pedagógicas según las recomendaciones de los padres de familia.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 14/07/2020	Consignación de la información en el seguimiento al desarrollo

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA

34 padres de familia consideran que el material propuesto para la realización de las distintas actividades pedagógicas en el hogar es excelente.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
21 padres de familia consideran que el material propuesto para la realización de las distintas actividades pedagógicas en el hogar es bueno.	Se implementará el manejo de distintos materiales en consideración de la opinión de los padres de familia.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 14/07/2020	Consignación de la información en el seguimiento al desarrollo

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
32 padres de familia quedan satisfechos con el paquete alimenticio entregado mensualmente para su hijo.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
23 Que tan satisfecho se encuentra con el paquete alimenticio entregado mensualmente para su hijo:	Se seguirá cumpliendo con la minuta establecida por el Bienestar Familiar.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 10/08/2020 y 11/08/2020	Consignación de la información en las planillas de entrega.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
21 padres de familia consideran que los alimentos recibidos en las entregas son excelentes.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.

34 padres de familia consideran que los alimentos recibidos en las entregas son buenos.	Se seguirá cumpliendo con la minuta establecida por el Bienestar Familiar.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 10/08/2020 y 11/08/2020	Consignación de la información en las planillas de entrega.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
40 de los 55 padres de familia consideran la atención y organización durante la entrega del paquete alimenticio es excelente.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
15 padres de familia consideran la atención y organización durante la entrega del paquete alimenticio es bueno.	Se seguirán entregando los paquetes alimentarios en las fechas establecidas cumpliendo todas las medidas de bio seguridad.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 10/08/2020 y 11/08/2020	Consignación de la información en la planilla de entrega junto a las evidencias fotográficas.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
50 de padres de familia califican la señal de su línea celular como excelente.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
5 de padres de familia califican la señal de su línea celular como bueno.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 14/07/2020	Consignación de la información en el seguimiento al desarrollo

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
55 padres de familia consideran que el número de llamadas de acompañamiento telefónico realizados por semana son los suficientes.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
0 padres de familia consideran que el número de llamadas de acompañamiento telefónico realizados por semana no son los suficientes.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
55 padres de familia consideran que los materiales para desarrollar actividades propuestas en la cartilla mis manos te enseñan son fáciles.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
0 padres de familia consideran que los materiales para desarrollar actividades propuestas en la cartilla mis manos te enseñan no son fáciles.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
55 padres de familia consideran que las actividades pedagógicas designadas son del	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.

agrado de los niño y niñas	evaluado.		
0 padres de familia consideran que las actividades pedagógicas designadas son del agrado de los niño y niñas	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
37 padres de familia consideran que les guastarían nuevos temas al trabajar a través del acompañamiento telefónico	Se implementarán nuevos temas de trabajo según consideración de los padres de familia.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
18 padres de familia consideran que no les guastarían nuevos temas al trabajar a través del acompañamiento telefónico	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.

ELABORO: Judith Elena Muñoz
NOMBRE: Judith Elena Muñoz
CC: 41.182.010

ANALISIS PERCEPCION DE LA SATISFACCION

REGIONAL: Putumayo

CENTRO ZONAL: Sibundoy

OPERADOR: FUMPERS

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: Yesica Urbano

FECHA: 14 de julio de 2020

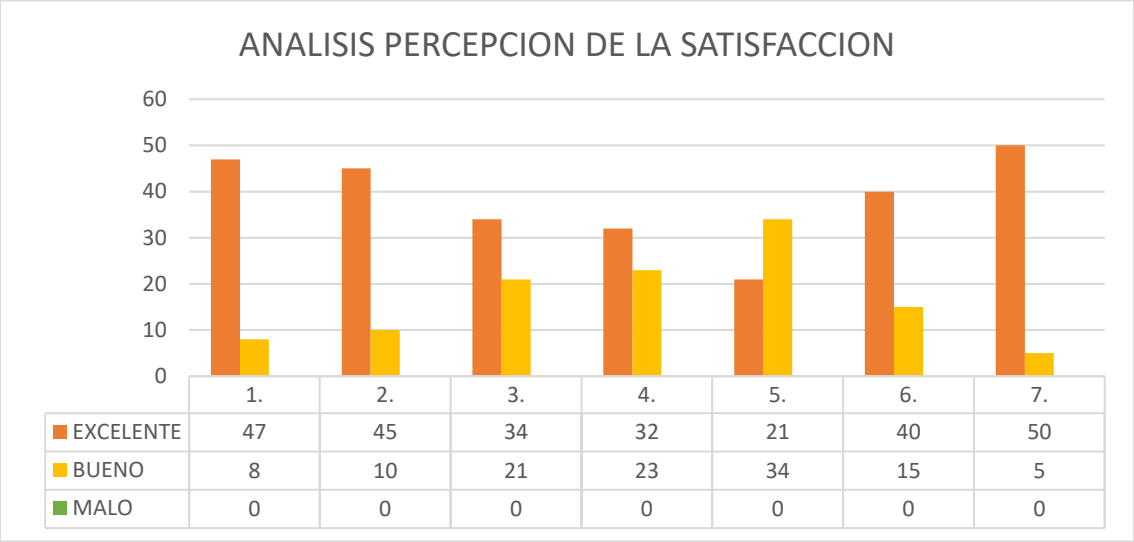
UDS: San Francisco

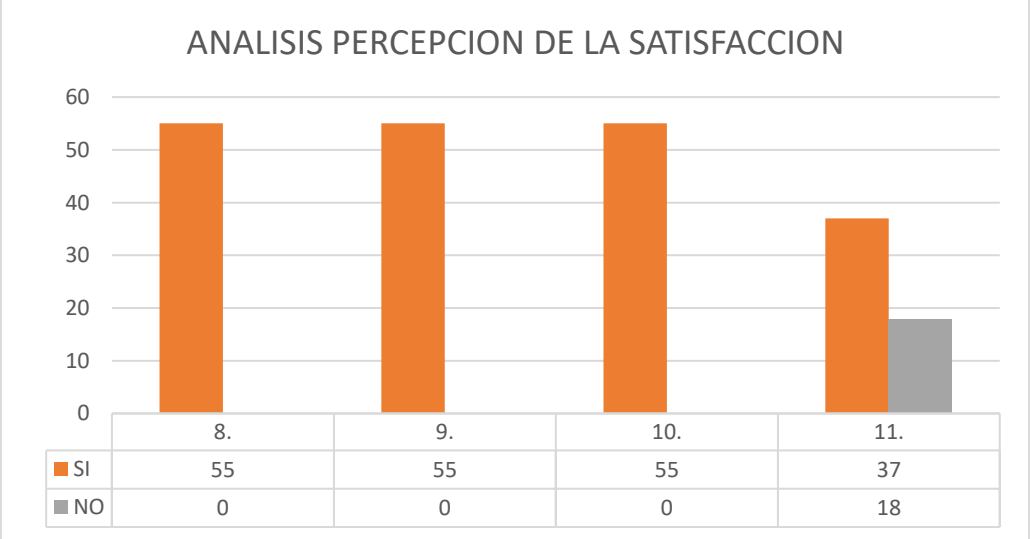
MODALIDAD: HCB

Cuantifique por cada ítem la cantidad de encuestas aplicadas a las familias.

N.º	ITEM	EXCELENTE	BUENO	MALO
1.	La atención prestada durante el acompañamiento telefónico por parte del agente educativo es:	18	8	0
2.	Considera que las actividades pedagógicas utilizadas por la docente son:	9	17	0
3.	El material propuesto para la realización de las distintas actividades pedagógicas en el hogar es	5	21	0
4.	Que tan satisfecho se encuentra con el paquete alimenticio entregado mensualmente para su hijo:	19	7	0
5.	considera que los alimentos recibidos en las entregas son:	14	12	0
6.	Como considera la atención y organización durante la entrega del paquete alimenticio es:	18	8	0
7.	calificaría la señal de la señal de su línea celular como:	22	4	0
			SI	**NO**
8.	Considera que el número de llamadas de acompañamiento telefónico realizados por semana son suficientes		26	0

9.	Considera que los materiales para desarrollar actividades propuestas en la cartilla mis manos te enseñan son fáciles para usted		26	0
10.	Las actividades pedagógicas designadas son del agrado de los niño y niñas		26	0
11.	Que temas le guastaría que se trabajen a través del acompañamiento telefónico		18	8
12.	¿Cuantas llamadas de acompañamiento telefónico recibe usted a la semana?	2 llamadas a la semana		





ACCIONES CORRECTIVAS

Acorde a los ítems que se hayan puntuado entre bueno y malo generar acciones de mejora para mejorar la percepción de la calidad de la atención en las familias.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
18 de los 26 padres de familia consideran que el acompañamiento telefónico realizado por los agentes educativos es excelente.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
8 padres de familia consideran que el acompañamiento telefónico realizado por los agentes educativos es bueno.	Los acompañamientos telefónicos se realizarán en diferentes horarios acorde a la disponibilidad y acuerdos llegados con las familias.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 14/07/2020	Consignación de la información en el seguimiento al desarrollo

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
9 de los padres de familia consideran que las que las actividades pedagógicas utilizadas por el docente son excelentes.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
17 padres de familia consideran que las actividades pedagógicas utilizadas por la docente son buenas.	Se implementarán nuevas estrategias pedagógicas según las recomendaciones de los padres de familia.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 14/07/2020	Consignación de la información en el seguimiento al desarrollo

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
5 padres de familia	No se establecen	No se	No aplica porque

consideran que el material propuesto para la realización de las distintas actividades pedagógicas en el hogar es excelente.	acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	establece fecha porque no hay situación encontrada.	no hay situación encontrada.
21 padres de familia consideran que el material propuesto para la realización de las distintas actividades pedagógicas en el hogar es bueno.	Se implementará el manejo de distintos materiales en consideración de la opinión de los padres de familia.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 14/07/2020	Consignación de la información en el seguimiento al desarrollo

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
19 padres de familia quedan satisfechos con el paquete alimenticio entregado mensualmente para su hijo.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
7 padres de familia quedan satisfechos con el paquete alimenticio entregado mensualmente para su hijo.	Se seguirá cumpliendo con la minuta establecida por el Bienestar Familiar.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 10/08/2020 y 11/08/2020	Consignación de la información en las planillas de entrega.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
14 padres de familia consideran que los alimentos recibidos en las entregas son excelentes.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.

12 padres de familia consideran que los alimentos recibidos en las entregas son buenos.	Se seguirá cumpliendo con la minuta establecida por el Bienestar Familiar.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 10/08/2020 y 11/08/2020	Consignación de la información en las planillas de entrega.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
18 de los 26 padres de familia consideran la atención y organización durante la entrega del paquete alimenticio es excelente.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
8 padres de familia consideran la atención y organización durante la entrega del paquete alimenticio es bueno.	Se seguirán entregando los paquetes alimentarios en las fechas establecidas cumpliendo todas las medidas de bio seguridad.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 10/08/2020 y 11/08/2020	Consignación de la información en la planilla de entrega junto a las evidencias fotográficas.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
22 de padres de familia califican la señal de su línea celular como excelente.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
4 de padres de familia califican la señal de su línea celular como bueno.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 14/07/2020	Consignación de la información en el seguimiento al desarrollo

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
26 padres de familia consideran que el número de llamadas de acompañamiento telefónico realizados por semana son los suficientes.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
0 padres de familia consideran que el número de llamadas de acompañamiento telefónico realizados por semana no son los suficientes.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
26 padres de familia consideran que los materiales para desarrollar actividades propuestas en la cartilla mis manos te enseñan son fáciles.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
0 padres de familia consideran que los materiales para desarrollar actividades propuestas en la cartilla mis manos te enseñan no son fáciles.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
26 padres de familia consideran que las actividades pedagógicas designadas son del	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.

agrado de los niño y niñas	evaluado.		
0 padres de familia consideran que las actividades pedagógicas designadas son del agrado de los niño y niñas	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
18 padres de familia consideran que les guastarían nuevos temas al trabajar a través del acompañamiento telefónico	Se implementarán nuevos temas de trabajo según consideración de los padres de familia.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
8 padres de familia consideran que no les guastarían nuevos temas al trabajar a través del acompañamiento telefónico	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.

ELABORO: Judith Elena Muñoz
NOMBRE: Judith Elena Muñoz
CC: 41.182.010

ANALISIS PERCEPCION DE LA SATISFACCION

REGIONAL: Putumayo

CENTRO ZONAL: Sibundoy

OPERADOR: FUMPERS

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: Yesica Urbano

FECHA: 14 de julio de 2020

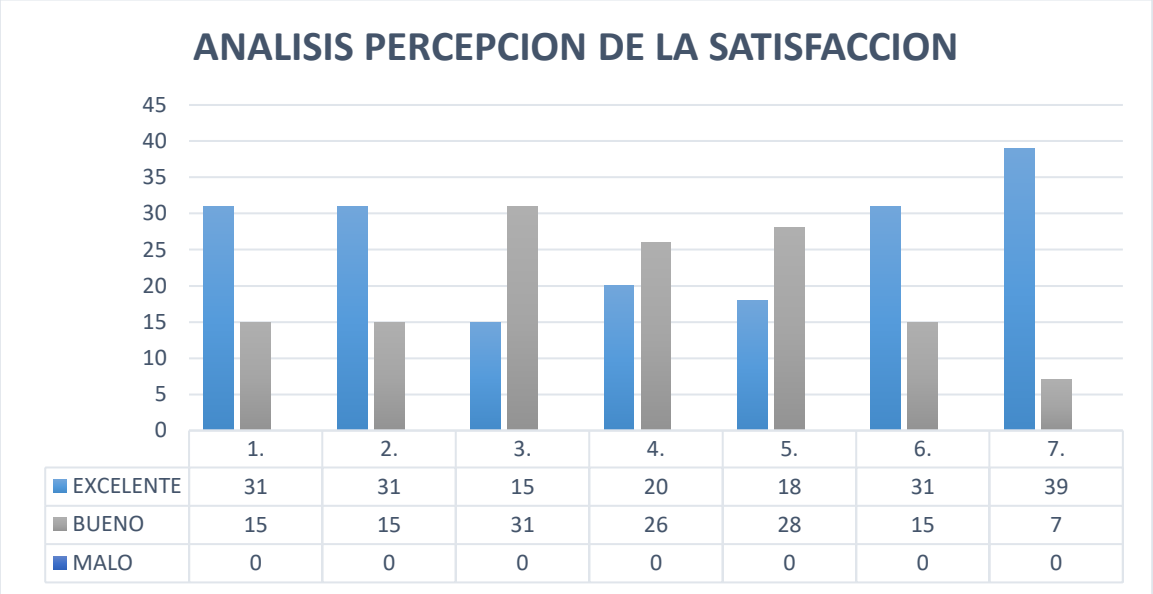
UDS: Santiago

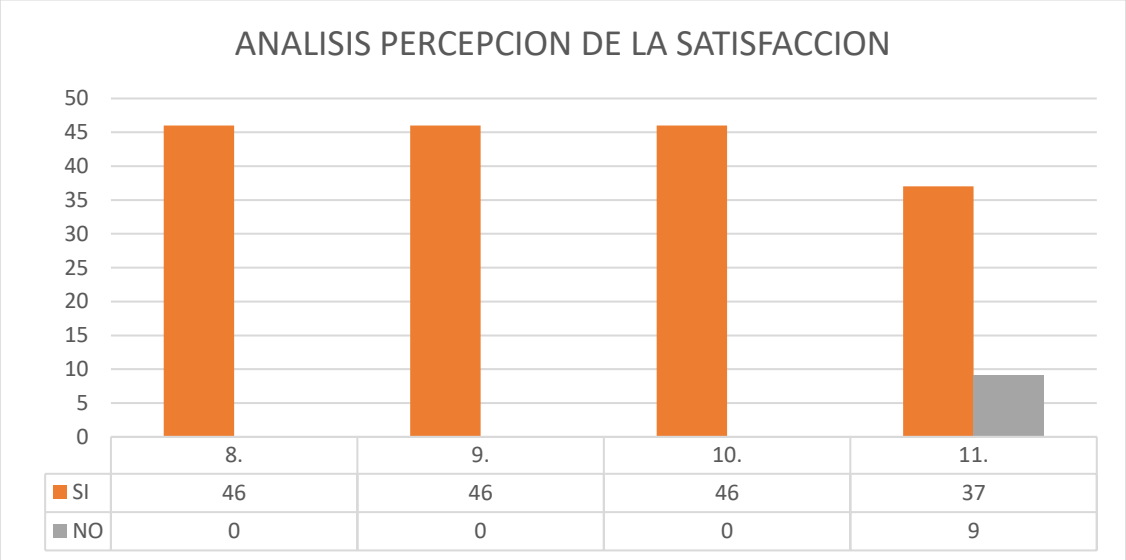
MODALIDAD: HCB

Cuantifique por cada ítem la cantidad de encuestas aplicadas a las familias.

N.º	ITEM	EXCELENTE	BUENO	MALO
1.	La atención prestada durante el acompañamiento telefónico por parte del agente educativo es:	31	15	0
2.	Considera que las actividades pedagógicas utilizadas por la docente son:	31	15	0
3.	El material propuesto para la realización de las distintas actividades pedagógicas en el hogar es	15	31	0
4.	Que tan satisfecho se encuentra con el paquete alimenticio entregado mensualmente para su hijo:	20	26	0
5.	considera que los alimentos recibidos en las entregas son:	18	28	0
6.	Como considera la atención y organización durante la entrega del paquete alimenticio es:	31	15	0
7.	calificaría la señal de la señal de su línea celular como:	39	7	0
			SI	**NO**
8.	Considera que el número de llamadas de acompañamiento telefónico realizados por semana son suficientes		46	0

9.	Considera que los materiales para desarrollar actividades propuestas en la cartilla mis manos te enseñan son fáciles para usted		46	0
10.	Las actividades pedagógicas designadas son del agrado de los niño y niñas		46	0
11.	Que temas le guastaría que se trabajen a través del acompañamiento telefónico		37	9
12.	¿Cuantas llamadas de acompañamiento telefónico recibe usted a la semana?	2 llamadas a la semana		





ACCIONES CORRECTIVAS

Acorde a los ítems que se hayan puntuado entre bueno y malo generar acciones de mejora para mejorar la percepción de la calidad de la atención en las familias.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
31 de los 46 padres de familia consideran que el acompañamiento telefónico realizado por los agentes educativos es excelente.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
15 padres de familia consideran que el acompañamiento telefónico realizado por los agentes educativos es bueno.	Los acompañamientos telefónicos se realizarán en diferentes horarios acorde a la disponibilidad y acuerdos llegados con las familias.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 14/07/2020	Consignación de la información en el seguimiento al desarrollo

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
31 de los padres de familia consideran que las que las actividades pedagógicas utilizadas por el docente son excelentes.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
15 padres de familia consideran que las actividades pedagógicas utilizadas por la docente son buenas.	Se implementarán nuevas estrategias pedagógicas según las recomendaciones de los padres de familia.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 14/07/2020	Consignación de la información en el seguimiento al desarrollo

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
15 padres de familia	No se establecen	No se	No aplica porque

consideran que el material propuesto para la realización de las distintas actividades pedagógicas en el hogar es excelente.	acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	establece fecha porque no hay situación encontrada.	no hay situación encontrada.
31 padres de familia consideran que el material propuesto para la realización de las distintas actividades pedagógicas en el hogar es bueno.	Se implementará el manejo de distintos materiales en consideración de la opinión de los padres de familia.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 14/07/2020	Consignación de la información en el seguimiento al desarrollo

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
20 padres de familia quedan satisfechos con el paquete alimenticio entregado mensualmente para su hijo.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
26 padres de familia quedan satisfechos con el paquete alimenticio entregado mensualmente para su hijo.	Se seguirá cumpliendo con la minuta establecida por el Bienestar Familiar.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 10/08/2020 y 11/08/2020	Consignación de la información en las planillas de entrega.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
18 padres de familia consideran que los alimentos recibidos en las entregas son excelentes.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.

28 padres de familia consideran que los alimentos recibidos en las entregas son buenos.	Se seguirá cumpliendo con la minuta establecida por el Bienestar Familiar.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 10/08/2020 y 11/08/2020	Consignación de la información en las planillas de entrega.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
31 de los 46 padres de familia consideran la atención y organización durante la entrega del paquete alimenticio es excelente.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
15 padres de familia consideran la atención y organización durante la entrega del paquete alimenticio es bueno.	Se seguirán entregando los paquetes alimentarios en las fechas establecidas cumpliendo todas las medidas de bio seguridad.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 10/08/2020 y 11/08/2020	Consignación de la información en la planilla de entrega junto a las evidencias fotográficas.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
39 de padres de familia califican la señal de su línea celular como excelente.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
7 de padres de familia califican la señal de su línea celular como bueno.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 14/07/2020	Consignación de la información en el seguimiento al desarrollo

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
46 padres de familia consideran que el número de llamadas de acompañamiento telefónico realizados por semana son los suficientes.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
0 padres de familia consideran que el número de llamadas de acompañamiento telefónico realizados por semana no son los suficientes.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
46 padres de familia consideran que los materiales para desarrollar actividades propuestas en la cartilla mis manos te enseñan son fáciles.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
0 padres de familia consideran que los materiales para desarrollar actividades propuestas en la cartilla mis manos te enseñan no son fáciles.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
46 padres de familia consideran que las actividades pedagógicas designadas son del	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.

agrado de los niño y niñas	evaluado.		
0 padres de familia consideran que las actividades pedagógicas designadas son del agrado de los niño y niñas	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
37 padres de familia consideran que les guastarían nuevos temas al trabajar a través del acompañamiento telefónico	Se implementarán nuevos temas de trabajo según consideración de los padres de familia.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
9 padres de familia consideran que no les guastarían nuevos temas al trabajar a través del acompañamiento telefónico	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.

ELABORO: Judith Elena Muñoz
NOMBRE: Judith Elena Muñoz
CC: 41.182.010

ANALISIS PERCEPCION DE LA SATISFACCION

REGIONAL: Putumayo

CENTRO ZONAL: Sibundoy

OPERADOR: FUMPERS

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: Yesica Urbano

FECHA: 14 de julio de 2020

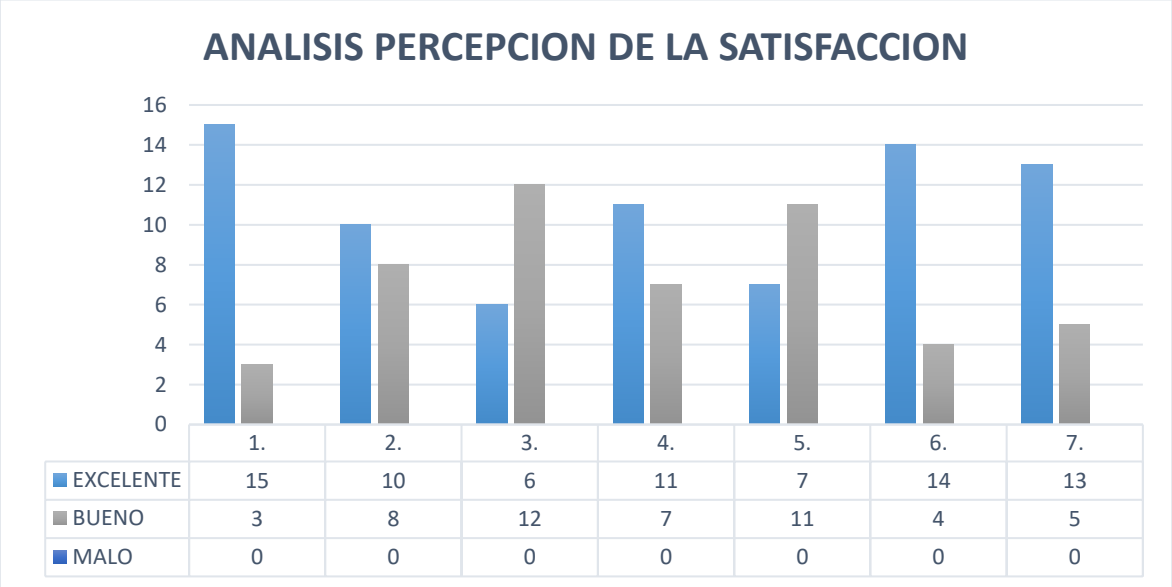
UDS: Sibundoy

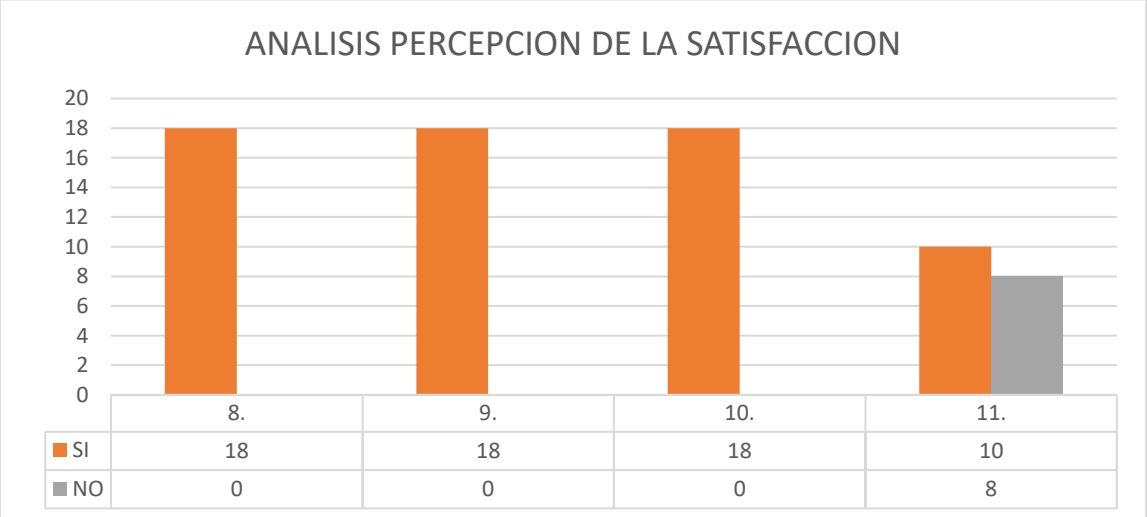
MODALIDAD: HCB

Cuantifique por cada ítem la cantidad de encuestas aplicadas a las familias.

N.º	ITEM	EXCELENTE	BUENO	MALO
1.	La atención prestada durante el acompañamiento telefónico por parte del agente educativo es:	15	3	0
2.	Considera que las actividades pedagógicas utilizadas por la docente son:	10	8	0
3.	El material propuesto para la realización de las distintas actividades pedagógicas en el hogar es	6	12	0
4.	Que tan satisfecho se encuentra con el paquete alimenticio entregado mensualmente para su hijo:	11	7	0
5.	considera que los alimentos recibidos en las entregas son:	7	11	0
6.	Como considera la atención y organización durante la entrega del paquete alimenticio es:	14	4	0
7.	calificaría la señal de la señal de su línea celular como:	13	5	0
			SI	**NO**
8.	Considera que el número de llamadas de acompañamiento telefónico realizados por semana son suficientes		18	0

9.	Considera que los materiales para desarrollar actividades propuestas en la cartilla mis manos te enseñan son fáciles para usted		18	0
10.	Las actividades pedagógicas designadas son del agrado de los niño y niñas		18	0
11.	Que temas le guastaría que se trabajen a través del acompañamiento telefónico		10	8
12.	¿Cuantas llamadas de acompañamiento telefónico recibe usted a la semana?	2 llamadas a la semana		





ACCIONES CORRECTIVAS

Acorde a los ítems que se hayan puntuado entre bueno y malo generar acciones de mejora para mejorar la percepción de la calidad de la atención en las familias.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
15 de los 18 padres de familia consideran que el acompañamiento telefónico realizado por los agentes educativos es excelente.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
3 padres de familia consideran que el acompañamiento telefónico realizado por los agentes educativos es bueno.	Los acompañamientos telefónicos se realizarán en diferentes horarios acorde a la disponibilidad y acuerdos llegados con las familias.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 14/07/2020	Consignación de la información en el seguimiento al desarrollo

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
10 de los padres de familia consideran que las que las actividades pedagógicas utilizadas por el docente son excelentes.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
8 padres de familia consideran que las actividades pedagógicas utilizadas por la docente son buenas.	Se implementarán nuevas estrategias pedagógicas según las recomendaciones de los padres de familia.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 14/07/2020	Consignación de la información en el seguimiento al desarrollo

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA

6 padres de familia consideran que el material propuesto para la realización de las distintas actividades pedagógicas en el hogar es excelente.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
12 padres de familia consideran que el material propuesto para la realización de las distintas actividades pedagógicas en el hogar es bueno.	Se implementará el manejo de distintos materiales en consideración de la opinión de los padres de familia.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 14/07/2020	Consignación de la información en el seguimiento al desarrollo

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
11 padres de familia quedan satisfechos con el paquete alimenticio entregado mensualmente para su hijo.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
7 padres de familia quedan satisfechos con el paquete alimenticio entregado mensualmente para su hijo.	Se seguirá cumpliendo con la minuta establecida por el Bienestar Familiar.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 10/08/2020 y 11/08/2020	Consignación de la información en las planillas de entrega.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
7 padres de familia consideran que los alimentos recibidos en las entregas son excelentes.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.

11 padres de familia consideran que los alimentos recibidos en las entregas son buenos.	Se seguirá cumpliendo con la minuta establecida por el Bienestar Familiar.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 10/08/2020 y 11/08/2020	Consignación de la información en las planillas de entrega.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
14 de los 18 padres de familia consideran la atención y organización durante la entrega del paquete alimenticio es excelente.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
4 padres de familia consideran la atención y organización durante la entrega del paquete alimenticio es bueno.	Se seguirán entregando los paquetes alimentarios en las fechas establecidas cumpliendo todas las medidas de bio seguridad.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 10/08/2020 y 11/08/2020	Consignación de la información en la planilla de entrega junto a las evidencias fotográficas.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
13 de padres de familia califican la señal de su línea celular como excelente.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
5 de padres de familia califican la señal de su línea celular como bueno.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	Fecha a partir de la cual empiezan a implementarse 14/07/2020	Consignación de la información en el seguimiento al desarrollo

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
18 padres de familia consideran que el número de llamadas de acompañamiento telefónico realizados por semana son los suficientes.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
0 padres de familia consideran que el número de llamadas de acompañamiento telefónico realizados por semana no son los suficientes.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
18 padres de familia consideran que los materiales para desarrollar actividades propuestas en la cartilla mis manos te enseñan son fáciles.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
0 padres de familia consideran que los materiales para desarrollar actividades propuestas en la cartilla mis manos te enseñan no son fáciles.	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
18 padres de familia consideran que las actividades pedagógicas designadas son del	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.

agrado de los niño y niñas	evaluado.		
0 padres de familia consideran que las actividades pedagógicas designadas son del agrado de los niño y niñas	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.

SITUACIÓN ENCONTRADA	ACCIONES	FECHA	EVIDENCIA
10 padres de familia consideran que les guastarían nuevos temas al trabajar a través del acompañamiento telefónico	Se implementarán nuevos temas de trabajo según consideración de los padres de familia.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.
8 padres de familia consideran que no les guastarían nuevos temas al trabajar a través del acompañamiento telefónico	No se establecen acciones de mejora por que la percepción de los padres de familia es positiva frente al ítem evaluado.	No se establece fecha porque no hay situación encontrada.	No aplica porque no hay situación encontrada.

ELABORO: Judith Elena Muñoz
NOMBRE: Judith Elena Muñoz
CC: 41.182.010

Al contestar cite este número

Radicado No:
202053002000021371

Sibundoy, 2020-08-19

Señora
JESSIKA URBANO
Representante Legal EAS FUNPERS
Contrato de aportes 091 de 2020 Modalidad Comunitaria HCB
Pasto-Nariño

Asunto: Requerimiento por presunto incumplimiento de obligaciones pactadas en el contrato de Aporte No. 091 de 2020 - Modalidad Comunitaria. HCB

Cordial saludo,

En mi condición de supervisora del contrato de aporte No. 091 del 31 de marzo de 2020, suscrito entre el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras y la Fundación de Profesionales Enfocados a la Reconstrucción Social, cuyo objeto es "Prestar los servicios de educación inicial en el marco de la atención integral en los Hogares Comunitarios de Bienestar – HCB de conformidad con el Manual Operativo de la Modalidad Comunitaria, el Lineamiento Técnico para la Atención a la Primera Infancia y las directrices establecidas por el ICBF, en armonía con la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre." y en cumplimiento de lo dispuesto por la cláusula primera del contrato "OBLIGACIONES DEL ICBF. (…) Designar un funcionario para la supervisión administrativa, técnica, financiera y jurídica del contrato, con el fin de constatar su correcta ejecución y el cumplimiento del objeto y las obligaciones de la EAS." y en uso de las facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011 y la Guía del Supervisor de convenios y contratos suscritos por el ICBF, me permito realizar el presente requerimiento con base en los siguientes:

HECHOS

Adelantada la revisión de los formatos de entrega de RPP del mes de agosto de 2020 de la modalidad Comunitaria HCB , se identifican algunos hallazgos en estos formatos que constituyen presuntos incumplimientos contractuales en relación con la adecuada calidad en la información, los cuales se relación a continuación:

En la UDS HCB JARDIN DE ILUSIONES, se identifica que el niño CRISTIAN DAVID DIAZ NUÑEZ, no cuenta con ningún documento de identidad, al igual que la persona que recibe , lo cual no es aclarado en la parte de observaciones , respecto del porque no se hace el registro de la información.
En la UDS HCB SHINYETEM, se encontró que el tipo y numero de documento de la acudiente del beneficiario MOISES DAVID FRANCO JACANAMIJOY, presenta una diferencia en la información registrada en el formato de entrega de RPP del mes de agosto de 2020, en comparación con la información que aparece en el aplicativo Cuéntame:

En el formato de entrega de RPP mes agosto de 2020: APARECE EN BLANCO
En Cuéntame: TIPO DE DOCUMENTO: **CE.** NUMERO DE DOCUMENTO: **2681222**

En la UDS HCB MI PEQUEÑO MUNDO 1 se encontró que el beneficiario MARCK AMTIRY MONTENEGRO PUERCHABUD según formato de entrega de RPP, presenta una diferencia en el segundo apellido en comparación con la información que aparece en el aplicativo Cuéntame:

En formato de entrega RPP mes de agosto de 2020: MARCK AMTIRY MONTENEGRO PUERCHABUD
En el aplicativo Cuéntame aparece como: MARCK AMTIRY MONTENEGRO PUERCHAMBUD

REQUERIMIENTO

De acuerdo con los hechos anteriormente expuestos y dentro del marco de las obligaciones contractuales pactadas mediante el contrato de aporte No. 091-2020, se requiere que, dentro de un día hábil siguiente al recibo de la presente comunicación, la Fundación de Profesionales Enfocados a la Reconstrucción Social, FUNPERS, realice un pronunciamiento formal donde explique los motivos por los cuales remite los formatos de entrega de RPP Mes de Agosto de 2020, sin contar con las condiciones de calidad requeridas y en tal sentido se requiere que en el mismo término otorgado para resolver el presente memorando se remitan los formatos mencionados en las condiciones de calidad exigidas por el Centro Zonal Sibundoy.
En caso de que la Fundación de Profesionales Enfocados a la Reconstrucción Social FUNPERS haya subsanado las situaciones descritas en los hechos del presente requerimiento, se solicita que se remitan las evidencias que soporten estas acciones.

La respuesta al presente requerimiento debe ser enviada al correo electrónico: Patricia.Mejia@icbf.gov.co.

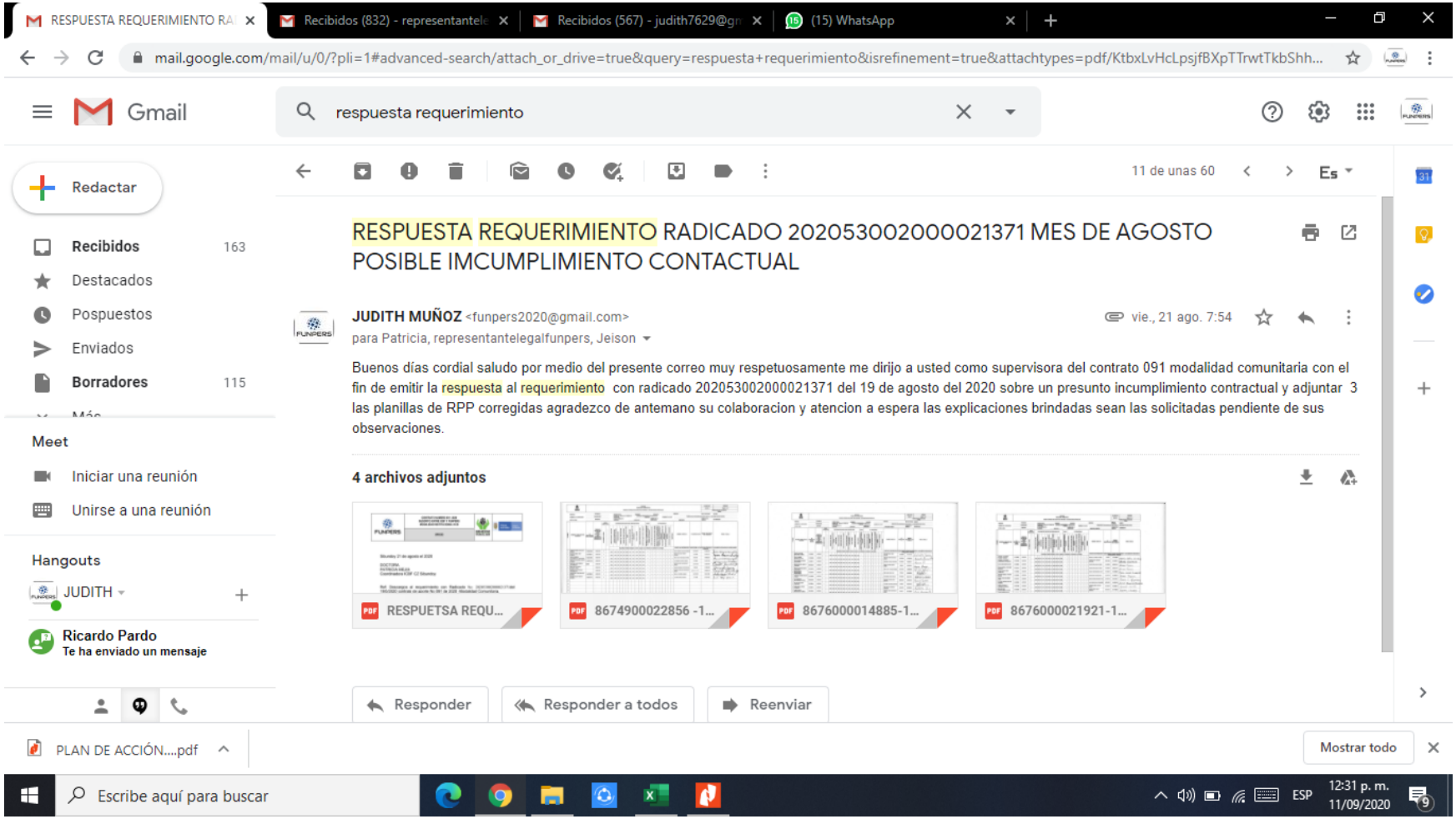
Cordialmente,

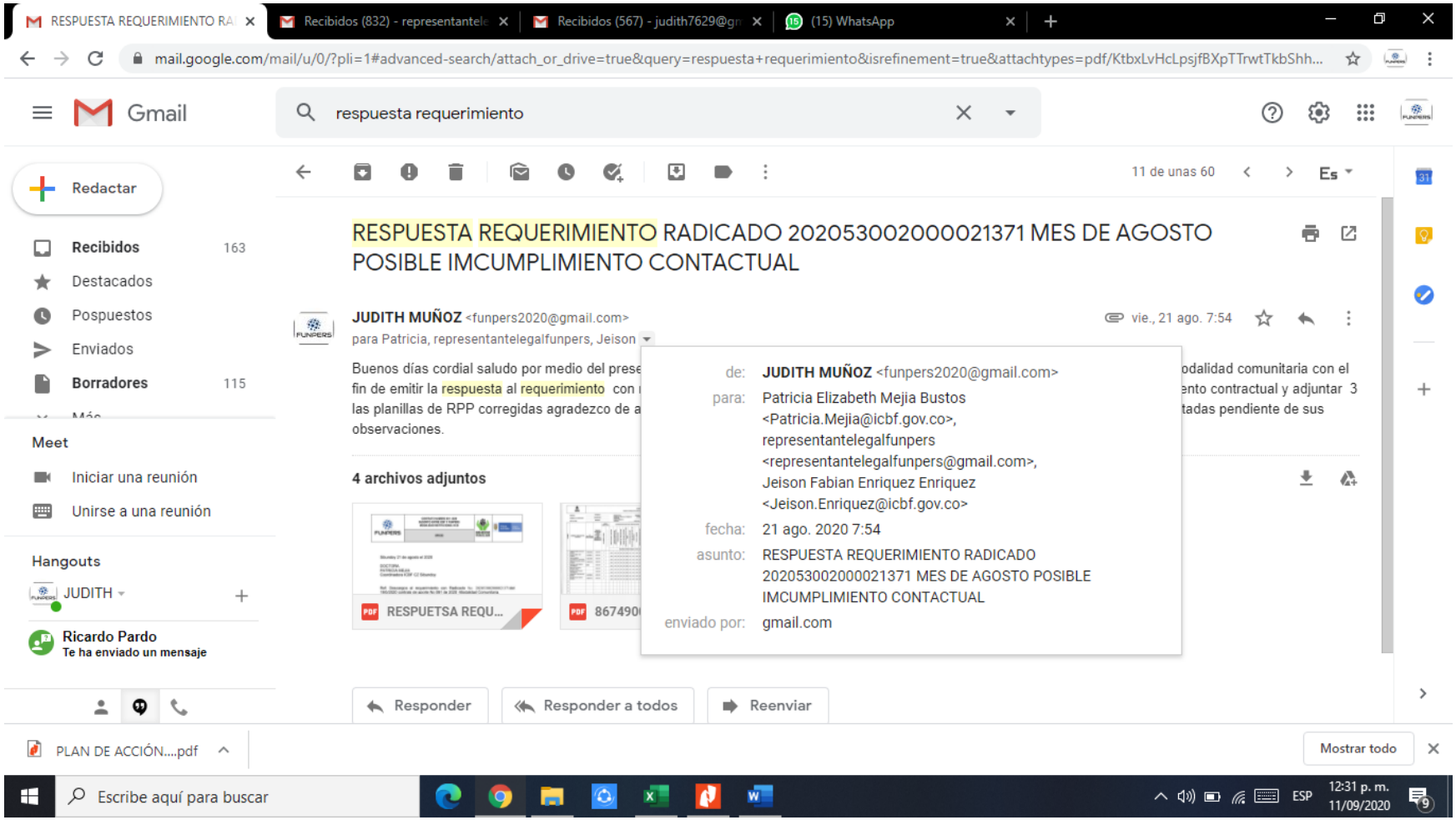
PARTICIA MEJIA BUSTOS
Coordinadora ICBF CZ Sibundoy
Supervisora contrato de aportes 091 de 2020
Proyecto, Reviso y aprobó: Patricia Mejia Coordinadora ICBF CZ Sibundoy
Radicó: Carlina Cabrera. Ax. Admtivo. CZ Sibundoy

Los datos proporcionados serán tratados de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales del ICBF y la **Ley es 1581 de 2012.**

Centro Zonal Sibundoy
Carrera 12 No.14-59 Barrio Fray Bartolome
PBX: 4260255

Línea gratuita nacional ICBF
01 8000 91 8080


RESPUESTA REQUERIMIENTO RA
Recibidos (832) - representantele
Recibidos (567) - judith7629@gm
(15) WhatsApp
mail.google.com/mail/u/0/?pli=1#advanced-search/attach_or_drive=true&query=respuesta+requerimiento&isrefinement=true&attachtypes=pdf/KtbxLvHcLpsjfBXpTTrwtTkbShh...
Gmail
respuesta requerimiento
Redactar
Recibidos 163
Destacados
Pospuestos
Enviados
Borradores 115
Meet
Iniciar una reunión
Unirse a una reunión
Hangouts
JUDITH
Ricardo Pardo
Te ha enviado un mensaje
11 de unas 60
Es
RESPUESTA REQUERIMIENTO RADICADO 20205300200021371 MES DE AGOSTO POSIBLE IMCUMPLIMIENTO CONTACTUAL
JUDITH MUÑOZ <funpers2020@gmail.com>
vie., 21 ago. 7:54
para Patricia, representantelegalfunpers, Jeison
Buenos días cordial saludo por medio del presente correo muy respetuosamente me dirijo a usted como supervisora del contrato 091 modalidad comunitaria con el fin de emitir la respuesta al requerimiento con radicado 20205300200021371 del 19 de agosto del 2020 sobre un presunto incumplimiento contractual y adjuntar 3 las planillas de RPP corregidas agradezco de antemano su colaboracion y atencion a espera las explicaciones brindadas sean las solicitadas pendiente de sus observaciones.
4 archivos adjuntos
RESPUETSA REQU...
8674900022856 -1...
8676000014885-1...
8676000021921-1...
Responder
Responder a todos
Reenviar
PLAN DE ACCIÓN....pdf
Mostrar todo
Escribe aquí para buscar
ESP
12:31 p. m.
11/09/2020


RESPUESTA REQUERIMIENTO RADICADO 20205300200021371 MES DE AGOSTO POSIBLE IMCUMPLIMIENTO CONTACTUAL
JUDITH MUÑOZ <funpers2020@gmail.com>
para Patricia, representantelegalfunpers, Jeison
vie., 21 ago. 7:54
de: JUDITH MUÑOZ <funpers2020@gmail.com>
para: Patricia Elizabeth Mejia Bustos <Patricia.Mejia@icbf.gov.co>, representantelegalfunpers <representantelegalfunpers@gmail.com>, Jeison Fabian Enriquez Enriquez <Jeison.Enriquez@icbf.gov.co>
fecha: 21 ago. 2020 7:54
asunto: RESPUESTA REQUERIMIENTO RADICADO 20205300200021371 MES DE AGOSTO POSIBLE IMCUMPLIMIENTO CONTACTUAL
enviado por: gmail.com
4 archivos adjuntos
Responder
Responder a todos
Reenviar
PLAN DE ACCIÓN....pdf
Mostrar todo

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE RACIÓN PARA PREPARAR - CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES-	F24.MO12.PP	03/06/2020
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

REGIONAL: PUTUMAYO **CENTRO ZONAL:** SIBUNDOY **MUNICIPIO:** SIBUNDOY **MES DE ENTREGA:** AGOSTO

NOMBRE DE LA MODALIDAD: COMUNITARIA **NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN:** HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTRAR FAMILIAR **NOMBRE DE LA EAS:** FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL

NIT DE LA EAS: 900631966 **N° DEL CONTRATO O CONVENIO:** 86000912020 **NOMBRE DE LA UDS/UCA/GA:** SHINYETEM **CODIGO DE LA UDS/UCA:** 8674900022856

N° ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO/A	N° IDENTIFICACION DEL USUARIO	FECHA DE ENTREGA DE LA RACIÓN PARA PREPARAR Y LOS ELEMENTOS PEDAGÓGICOS (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL		CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)												Cartilla	KIT PEDAGÓGICO								NOMBRE COMPLETO	N° IDENTIFICACIÓN	NÚMERO TELEFÓNICO - FIJO / CELULAR	FIRMA O HUELLA
				DE 6 MESES A 5 AÑOS	Especifique el grupo poblacional al cual corresponde, según la minuta patrón	ARROZ BLANCO 1000 GRS	PASTAS ALIMENTICIAS ENRIQUECIDAS 1000 GRS	AVENA 500 GRS	HARINA DE TRIGO 500 GRS	HARINA DE MAIZ 500 GRS	LECHE DE VACA EN POLVO 1800 GRS	ATUN EN AGUA 525 GRS	HUEVO DE GALLINA 1650 GRS (30 UNIDADES)	FRIJOL 1000GRS	BIENESTARINA MAS 900 GRS	ACEITE DE MAIZ O SOYA 1000 CC	"Mis Manos Te Enseñan-Experiencias de cuidado y crianza en el hogar en tiempos de Coronavirus"	PAPEL IRIS BLOCK DE 35 HOJAS	BLOCK DE 80 HOJAS, PAPEL BOND	VINILOS Y PALETA MEZCALDORA 6 UNIDADES COLORES DIFERENTES	TIZAS COLORES VARIADOS DE 6 UNIDADES	PALOS DE PALETA PAQUETE X 50 UNIDADES	PLASTILINA EN BARRA ESCOLAR 12 BARRAS	CRAYOLAS CAJA X 6 UNIDADES	PIMPONES				
				Especifique Cantidad entregada o colocar un guion (-) si el alimento o el elemento no se entregó.																						REGISTRO DE INFORMACIÓN DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN PARA PREPARAR Y LOS ELEMENTOS PEDAGÓGICOS (PADRE, MADRE, CUIDADOR)			
1	JANNIER SAMIR AGUILLON AGREDA	1124316204	10/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	JESUS ALFONSO AGUILLON AGREDA	1122782077	3125823673	Jesus Alfonso Aguillon A
2	GLORIA ISABEL ANDI CHINDOY	1122786301	10/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	MARIA ROSAURA CHINDOY CHINDOY	41181040	3137655757	Maria Rosaura Chindoy
3	JHOAN ANDRES JACANAMEJOY CHICUNQUE	1120218490	10/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	ROSA CLARA CHICUNQUE ESPAÑA	69055562	3208969507	Rosa Clara Chicunque
4	JIFFER ALEJANDRO ACOSTA CHINDOY	1124316144	10/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	LUZ OMAIRA CHINDOY AGREDA	41182803	3155375978	Luz Omaira Chindoy
5	SANTIAGO JOSE SIMOZA JACANAMIJOY	62500	10/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	SANDRA MILENA JACANAMIJOY JAMIOY	1122787218	3144007095	Sandra Jacanamejoy
6	DENAYER EDUARDO FRANCO LOPEZ		10/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	OSCARLIN KARINA LOPEZ BRUZUAL	23806218	3138683009	Oscarlin Lopez
7	MOISES DAVID FRANCO JACANAMIJOY		10/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	SORAIDA CAROLINA JACANAMIJOY JAMIOY	26811222	3209081169	Soraida Jacanamejoy
8	ANDERSON YESID MAVISOY ESPAÑA	1122786535	10/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	ANA LUCY ESPAÑA CHINDOY	1122782539	3185153853	Ana Lucy España Chindoy
9	DEYBER ARLEY GARCIA FRANCO	1126457375	10/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	LUZ MARY GARCIA FRANCO	27473408	3232354387	Luz Mary Garcia
10																													
11																													
12																													
13																													
14																													
15																													
16																													
17																													

Firma de quien entrega la RPP, Cartilla y KIT pedagógico: Luz Marina Agreda

Nombre legible de quien entrega: LUZ MARINA AGREDA

Cargo / función: MADRE COMUNITARIA

Número telefónico de quien entrega: 3205319893

Observaciones:

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ENTREGA DE RACIÓN PARA PREPARAR - CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES-	F24.MO12.PP	03/06/2020
		Versión 3	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: PUTUMAYO | CENTRO ZONAL: SIBUNDOY | MUNICIPIO: SANTIAGO | MES DE ENTREGA: AGOSTO

NOMBRE DE LA MODALIDAD: COMUNITARIA | NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTRAR FAMILIAR | NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL

NIT DE LA EAS: 900631966 | Nº DEL CONTRATO O CONVENIO: 8600912020 | NOMBRE DE LA UDS/UCA/GA: MI PEQUEÑO MUNDO 1 | CODIGO DE LA UDS/UCA: 8678000014885

Nº ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO/A	Nº IDENTIFICACION DEL USUARIO	FECHA DE ENTREGA DE LA RACIÓN PARA PREPARAR Y LOS ELEMENTOS PEDAGÓGICOS (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL		CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RPP)												Cartilla	KIT PEDAGÓGICO								NOMBRE COMPLETO	Nº IDENTIFICACIÓN	NÚMERO TELEFÓNICO - FIJO / CELULAR	FIRMA O HUELLA
				DE 6 MESES A 5 AÑOS	Especifique el grupo poblacional al cual corresponde según la minuta patrón	ARROZ BLANCO 1000 GRS	PASTAS ALIMENTICIAS ENRIQUECIDAS 1000 GRS	AVENA 500 GRS	HARINA DE TRIGO 500 GRS	HARINA DE MAIZ 500 GRS	LECHE DE VACA EN POLVO 1800 GRS	ATUN EN AGUA 525 GRS	HUEVO DE GALLINA 1650 GRS (1 CUBETA DE 30 UNIDADES)	FRIJOL 1000GRS	BIENESTARINA MAS 900 GRS	ACEITE 1000 CC	"Nos Manos Te Enseñan-Experiencias de cuidado y crianza en el hogar en tiempos de Coronavirus"	PAPEL IRIS BLOCK DE 35 HOJAS	BLOCK DE 80 HOJAS PAPEL BOND	VINILOS Y PALETA MEZCLADORA 6 UNIDADES	TIZAS COLORES VARIADOS 6 UNIDADES	PALOS DE PALETA PAQUETE 50 UNIDADES	PLASTILINA EN BARRA ESCOLAR 12 BARRAS	CRAYOLAS CAJA X 6 UNIDADES	PIMPONES				
						Especifique Cantidad entregada o colocar un guion (-) si el alimento o el elemento no se entregó.																					REGISTRO DE INFORMACIÓN DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN PARA PREPARAR Y LOS ELEMENTOS PEDAGÓGICOS (PADRE, MADRE, CUIDADOR)			
1	CARLOS JOAQUIN BENAVIDES TORRES	1121509041	11/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	ANGIE NATHALIA TORRES PALACIOS	1121508966	3111741744	Nathalia Torres
2	PAULA ANDREA BUESAQUILLO PAZ	1121508502	11/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	FABIO SALVADOR BUESAQUILLO AGREDA	1135044044	3178244253	Salvador Buesaquillo
3	EYMI GABRIELA MUÑOZ PACHICHANA	1121508713	11/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	MARIANA DE JESUS PACHICHANA	1121508516	3183298717	Mariana P.
4	MARIA SELESTE ARROYO CORDOBA	1081286156	11/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	AMAURY ALFONSO ARROYO ESPAÑA	72345321	3147378151	Amaury Arroyo
5	MARIA SALOME BURBANO VELASQUEZ	1124316579	11/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	ANNY JULIET VELASQUEZ JIMENEZ	1124315465	3108366508	
6	MARCK AMTIRY MONTENEGRO PUERCHAMBUD	1121508720	11/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	MARIA ELENA TISOY TISOY	27470184	3206268669	
7	SANTIAGO ANDRES REVELO JURADO	1121508999	11/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	ANA KARINA JURADO AREVALO	1121506022	3223113914	KARINA JURADO
8	ALAN EMANUEL MONTENEGRO SUAREZ	1081062983	11/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	ESTEFANY YERALDIN SUAREZ MONTERO	1088299384	3153947979	YERALDIN SUAREZ
9	EILYN ALENA TISOY ASCUNTAR	1121508844	11/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	YOR JANNY ASCUNTAR SANTACRUZ	27470950	3164257210	
10	KARLA SOFIA JURADO ZAMBRANO	1121509215	11/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	ANDRY NATALIA ZAMBRANO HERNANDEZ	1126457887	3155006476	Natalia Z.
11	JAMES ADRIAN BUESAQUILLO AGREDA	1124316654	11/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	SEGUNDO CARLOS BUESAQUILLO AGREDA	97470792	3176185966	Carlos Buesaquillo
12	RAZIEL EZEQUIEL SANCHEZ AGREDA	1121509126	11/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	AYDE ELIZABERTH AGREDA JACANAMIJOY	1121509326	3137148397	Ayde Agreda
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												

Firma de quien entrega la RPP, Cartilla y KIT pedagógico:

Nombre legible de quien entrega: ROSA E. CORDOBA

Cargo / función: MADRE COMUNITARIA

Número telefónico de quien entrega: 3127171289

Observaciones:

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ENTREGA DE RACIÓN PARA PREPARAR - CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES-

F24.MO12.PP	03/06/2020
Versión 3	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

REGIONAL: PUTUMAYO
CENTRO ZONAL: SIBUNDOY
MUNICIPIO: SANTIAGO
MES DE ENTREGA: AGOSTO
NOMBRE DE LA MODALIDAD: COMUNITARIA
NOMBRE DEL SERVICIO O FORMA DE OPERACIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTRAR FAMILIAR
NOMBRE DE LA EAS: FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL
NIT DE LA EAS: 900631966
N° DEL CONTRATO O CONVENIO: 86000912020
NOMBRE DE LA UDS/UCA/GA: JARDIN DE ILUSIONES
CODIGO DE LA UDS/UCA: 8676000021921

N° ORDEN	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO/A	N° IDENTIFICACION DEL USUARIO	FECHA DE ENTREGA DE LA RACIÓN PARA PREPARAR Y LOS ELEMENTOS PEDAGÓGICOS (DD/MM/AAAA)	GRUPO POBLACIONAL: DE 6 MESES A 5 AÑOS	Especifique el grupo poblacional al cual corresponde, según la ruta de atención	CONFORMACIÓN RACIÓN PARA PREPARAR (RPP): ARROZ BLANCO 1000 GRS	PASTAS ALIMENTICIAS ENRIQUECIDAS 1000 GRS	AVENA 500 GRS	HARINA DE TRIGO 500 GRS	HARINA DE MAIZ 500 GRS	LECHE DE VACA EN POLVO 1800 GRS	ATUN EN AGUA 625 GRS	HUEVO DE GALLINA 1650 GRS (1 CUBETA DE 30 UNIDADES)	FRIJOL 1000GRS	BIENESTARINA MAS 900 GRS	ACEITE 1000 CC	Cartilla: "Mis Manos Te Enseñan-Experiencias de cuidado y crianza en el hogar en tiempos de Coronavirus"	KIT PEDAGÓGICO: PAPEL IRIS BLOCK DE 35 HOJAS	BLOCK DE 80 HOJAS PAPEL BOND	VINILOS Y PALETA MEZCLADORA 6 UNIDADES	TIZAS COLORES VARIADOS 6 UNIDADES	PALOS DE PALETA PAQUETE 50 UNIDADES	PLASTILINA EN BARRA ESCOLAR 12 BARRAS	CRAYOLAS CAJA X 6 UNIDADES	PIMPONES	NOMBRE COMPLETO	N° IDENTIFICACIÓN	NÚMERO TELEFÓNICO - FIJO / CELULAR	FIRMA O HUELLA
						Especifique Cantidad entregada o colocar un guion (-) si el alimento o el elemento no se entregó.																				REGISTRO DE INFORMACIÓN DE QUIEN RECIBE LA RACIÓN PARA PREPARAR Y LOS ELEMENTOS PEDAGÓGICOS (PADRE, MADRE, CUIDADOR)			
1	SAMUEL ALEJANDRO PUJIMUY CHINDOY	1121508632	11/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	MARIA JULIA CHINDOY CHINDOY	27190650	3167208668	Maria Julia chindoy
2	SAMUEL ALEJANDRO GUERRERO JACANAMIJOY	1121508784	11/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	JOHNNY DEYVID GUERRERO BENAVIDES	1085278285	3144503103	Johnny Guerrero
3	JOSUE ESCOBAR MAVISOY	1121508645	11/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	ELIANA EDITH MAVISOY ESPAÑA	1121508833	3209014373	Eliana Mavisoy
4	PAULA ISABELLA ESCOBAR MAVISOY	1121509110	11/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	ELIANA EDITH MAVISOY ESPAÑA	1121508833	3209014373	Eliana Mavisoy
5	DANNA ISABEL MEJIA INAMPUES	1121508622	11/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	MARIA LEONOR INAMPUES JOJOA	1121508163	3152898065	Maria leonor Inampues
6	MARIAM ISABELLA TAQUEZ NAUSIL	1121509024	11/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	DIANA MILENA TAQUEZ NAUSIL	1121507746	3103808724	Diana Taquez
7	SUMA TAMIA MOJOMBOY TISOY	1121508775	11/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	MARIA CRISTINA MOJOMBOY TISOY	1121507329	3142109197	Maria C. Mojomboy
8	JULIANA ANDREA RIASCOS ROSERO	1121508535	11/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	JOSE RAMIRO RIASCOS PANAMEÑO	1006185953	3104897438	José Ramiro Riascos.
9	ABRIL ANTONELLA JARAMILLO CASTILLO	1121508786	11/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	YASNEIBI ELIZABETH CASTILLO MILLAN	1121508750	3138689105	Yasneibi Castillo
10	MELANIE ZOE PUERCHAMBUD CHASOY	1121509000	11/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	YEIMMY TERESA CHASOY JARAMILLO	1193526719	3172788624	Yeimmy Chasoy
11	YOSELIANNIS MARUAN TAQUEZ GARCIA	1121509333	11/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	VICTOR JOSE TAQUEZ CUATINDIOY	1121509300	3143473012	Victor Taquez
12	CRISTIAN DAVID DIAZ NUÑEZ		11/08/2020	X		1000	1000	500	500	500	1800	525	1650	1000	900	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	CRISTINA ALEXANDRA NUÑES PAEZ		3125746123	Cristina Nuñez
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												

Firma de quien entrega la RPP, Cartilla y KIT pedagógico: María del Carmen Taquez
Nombre legible de quien entrega: MARIA DEL CARMEN TAQUEZ
Cargo / función: MADRE COMUNITARIA
Número telefónico de quien entrega: 3127110241

Observaciones:
* En la casilla número 12, tanto el niño Cristian David Diaz Nuñez como su madre Cristina Alexandra Nuñez Paez no cuentan con registro civil, ni cedula o algún otra identificación, por ser extranjeros y así cuentame los registra, en el aplicativo.

Sibundoy 21 de agosto el 2020

DOCTORA
PATRICIA MEJIA
Coordinadora ICBF CZ Sibundoy

Ref: Descargos al requerimiento con Radicado No: 20205300200002137 1del 19/0/2020 contrato de aporte No 091 de 2020 -Modalidad Comunitaria.

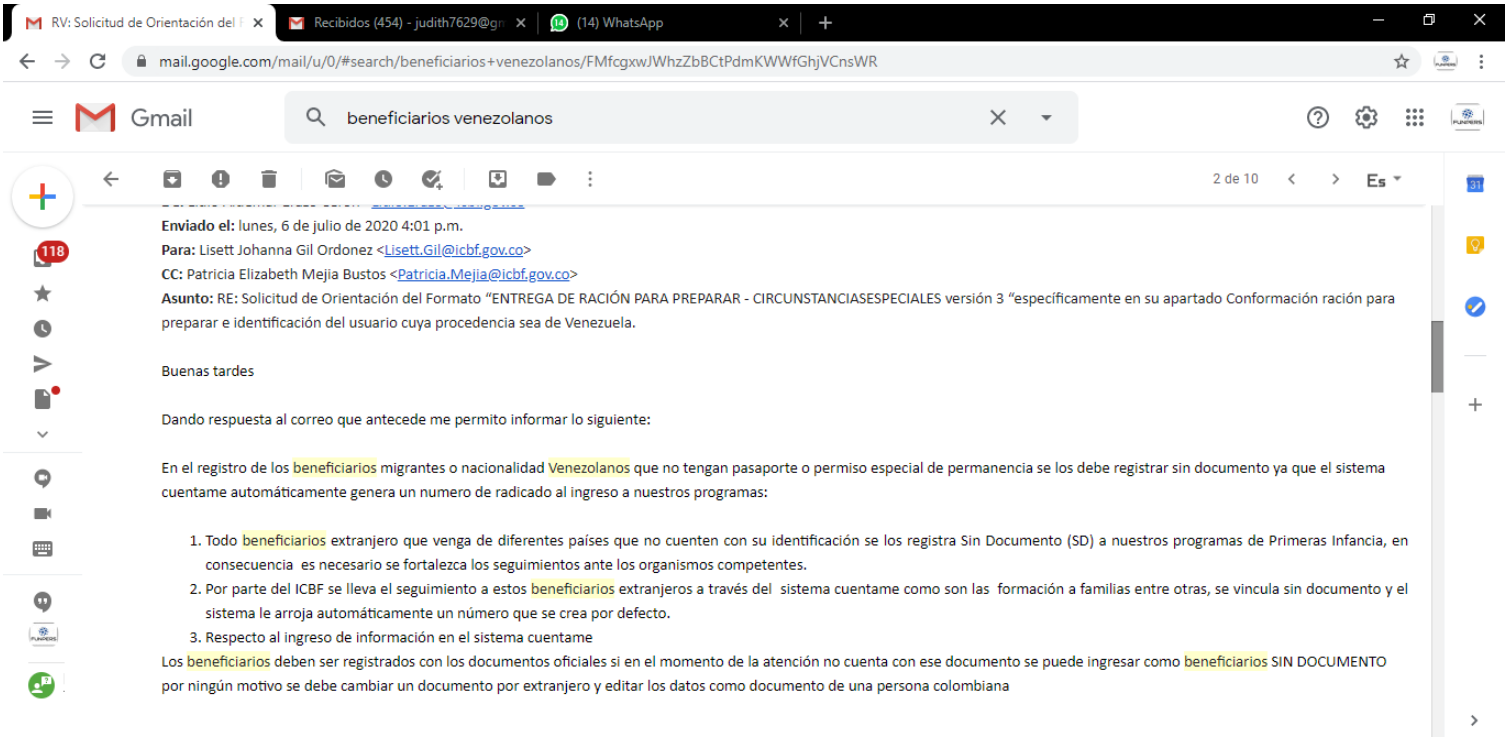
En mi condición de Representante legal de la FUNDACION FUNPERS, en atención a su requerimiento citado en el asusto, en ejercicio de nuestro legitimo derecho de la Defensa y Contradicción, me permito pronunciarme y rendir la explicaciones y justificaciones respecto a los hechos y razones en que fundamenta sus imputaciones de incumplimientos de obligaciones contractuales, en el marco de los siguientes términos:

HECHOS DESCRITOS

1.

En la UDS HCB JARDIN DE ILUSIONES, se identifica que el niño CRISTIAN DAVID DIAZ NUÑEZ, no cuenta con ningún documento de identidad, al igual que la persona que recibe , lo cual no es aclarado en la parte de observaciones , respecto del porque no se hace el registro de la información.

Con relación a este hecho debemos expresar que en los referente a los números de identificación **tanto el beneficiario como el acudiente no aparecen porque nos dé nacional venezolana** y se recibido línea técnica , en la que se refería que para el caso de beneficiarios y acudientes únicamente en caso de no contar con documento de identificación legal el aplicativo lo toma como SD (sin documento) razón por la cual se debería dejar en blanco, de todas forma ya en la casilla de observaciones se realizó la descripción de caso
Anexamos orientación recibida vía correo electrónico



RV: Solicitud de Orientación del | Recibidos (454) - judith7629@gr | (14) WhatsApp

mail.google.com/mail/u/0/#search/beneficiarios+venezolanos/FMfcgxwJWhzZbBCtPdmKWWfGhjVCnsWR

Gmail — beneficiarios venezolanos — 2 de 10

Enviado el: lunes, 6 de julio de 2020 4:01 p.m.
Para: Lisett Johanna Gil Ordonez <Lisett.Gil@icbf.gov.co>
CC: Patricia Elizabeth Mejia Bustos <Patricia.Mejia@icbf.gov.co>
Asunto: RE: Solicitud de Orientación del Formato "ENTREGA DE RACIÓN PARA PREPARAR - CIRCUNSTANCIASESPECIALES versión 3 "específicamente en su apartado Conformación ración para preparar e identificación del usuario cuya procedencia sea de Venezuela.

Buenas tardes

Dando respuesta al correo que antecede me permito informar lo siguiente:

En el registro de los beneficiarios migrantes o nacionalidad Venezolanos que no tengan pasaporte o permiso especial de permanencia se los debe registrar sin documento ya que el sistema cuentame automáticamente genera un numero de radicado al ingreso a nuestros programas:

1. Todo beneficiarios extranjero que venga de diferentes países que no cuenten con su identificación se los registra Sin Documento (SD) a nuestros programas de Primeras Infancia, en consecuencia es necesario se fortalezca los seguimientos ante los organismos competentes.
2. Por parte del ICBF se lleva el seguimiento a estos beneficiarios extranjeros a través del sistema cuentame como son las formación a familias entre otras, se vincula sin documento y el sistema le arroja automáticamente un número que se crea por defecto.
3. Respecto al ingreso de información en el sistema cuentame

Los beneficiarios deben ser registrados con los documentos oficiales si en el momento de la atención no cuenta con ese documento se puede ingresar como beneficiarios SIN DOCUMENTO por ningún motivo se debe cambiar un documento por extranjero y editar los datos como documento de una persona colombiana

2.

En la UDS HCB SHINYETEM, se encontró que el tipo y numero de documento de la acudiente del beneficiario MOISES DAVID FRANCO JACANAMIJOY, presenta una diferencia en la información registrada en el formato de entrega de RPP del mes de agosto de 2020, en comparación con la información que aparece en el aplicativo Cuéntame:

En el formato de entrega de RPP mes agosto de 2020: APARECE EN BLANCO
En Cuéntame: TIPO DE DOCUMENTO: **CE.** NUMERO DE DOCUMENTO: **2681222**

Con relación al hecho planteado se presento un error de comunicación con el compañero del aplicativo cuéntame de parte de la coordinación de la modalidad en lo referente a la actualización del estado del documento de identificación ya que hasta el mes de julio la señora mama del niño MOISES DAVID FRANCO no tenía cedula de extranjería ya fue en este mes que la señora madre de David legalizo su documentos de identificación y tiene cedula de extranjería pero no se actualizo en la planilla de entrega de RPP de l mes agosto , la situación ya fue corregida en la planilla.

3.

En la UDS HCB MI PEQUEÑO MUNDO 1 se encontró que el beneficiario MARCK AMTIRY MONTENEGRO PUERCHABUD según formato de entrega de RPP, presenta una diferencia en el segundo apellido en comparación con la información que aparece en el aplicativo Cuéntame:

En formato de entrega RPP mes de agosto de 2020: MARCK AMTIRY MONTENEGRO PUERCHABUD
En el aplicativo Cuéntame aparece como: MARCK AMTIRY MONTENEGRO PUERCHAMBUD

En este caso se presento un error de digitación al emitir una letra(M) en el apellidó del nombre del niño MARCK AMTIRY MONTENEGRO PUERCHAMBUD error cometido por la coordinadora de la modalidad pero que ya fue corregida la planilla y se llevó nuevamente para las respectivas firmas.

REQUERIMEINTOS

De acuerdo con los hechos anteriormente expuestos y dentro del marco de las obligaciones contractuales pactadas mediante el contrato de aporte No. 091-2020, se requiere que, dentro de un día hábil siguiente al recibo de la presente comunicación, la Fundación de Profesionales Enfocados a la Reconstrucción Social, FUNPERS, realice un pronunciamiento formal donde explique los motivos por los cuales remite los formatos de entrega de RPP Mes de Agosto de 2020, sin contar con las condiciones de calidad requeridas y en tal sentido se requiere que en el mismo término otorgado para resolver el presente memorando se remitan los formatos mencionados en las condiciones de calidad exigidas por el Centro Zonal Sibundoy.
En caso de que la Fundación de Profesionales Enfocados a la Reconstrucción Social FUNPERS haya subsanado las situaciones descritas en los hechos del presente requerimiento, se solicita que se remitan las evidencias que soporten estas acciones.

Como lo expusiéramos de manera precedente, la inconsistencia presentadas ya fueron corregidas en los tiempos establecidos.

Además, es pertinente que de forma inmediata dé a conocer cuáles son las acciones que adelantará la Entidad Administradora del Servicio para proceder con el registro adecuado de la información en el formato correspondiente, para subsanar los demás hallazgos antes mencionados.

Respecto de lo anterior, debemos manifestar que como EAS, hemos dado la instrucciones pertinentes y necesarias para que se tenga en cuenta dichas observaciones para las próximas entregas y no generar errores en la calidad de la información suministrada.

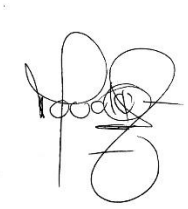
Finalmente queremos manifestarle que ha sido constante por parte de la FUNDACION FUNPERS acarar en todo tiempo , la directrices y lineamientos emanadas por parte de la Dirección General del ICBF , Dirección Regional Putumayo y de la Supervisión del contrato , la cales han sido observadas con estricta sujeción ,pese a las vicisitudes y dificultades que como EAS enfrentamos , dada la situación excepcional de emergencia por la que atraviesa el país con ocasión de la declaratoria de la pandemia mundial del COVIC 19.

Por lo expuesto a los alargo del presente escrito, solicito de manera respetuosa se sirva acoger los descargos presentados.

Como prueba y soporte de los argumentos hasta aquí expuestos me permito allegar las siguientes:

Pruebas

Formato con la respectiva corrección



Atentamente
JESSICA URBANO ORDÑEZ
CC.OO. 1080.900.708 de Colon (Nar)

FUNPERS

FUNDACIÓN DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL

MEMORANDO No 005

FECHA: San Juan de Pasto, Agosto 13 de 2020

PARA: Talento Humano de la FUNDACION FUNPERS

DE: Representante Legal FUNDACION FUNPERS

ASUNTO: Información el Tramite de Peticiones Quejas y Reclamos- PQRS-

Cordial saludo

En mi condición de representante legal de la **EAS FUNDACION FUNPERS**, por medio del presente escrito, me permito informar y a la vez hacer claridad respecto del trámite que el Talento Humano, vinculado bien por contrato laboral o de prestación de servicios debe realizar, cuando requiera interponer alguna petición, queja o reclamo o sugerencia (PQRS) relacionado la gestión institucional de la EAS o con el vínculo contractual con la Asociación que represento.

Sepan en primer lugar que la **FUNDACION FUNPERS,** como EAS en el marco de la ejecución de los contratos de aporte suscritos con el ICBF para su ejecución en la presente vigencia 2020, ha dispuesto de un sistema o canal de comunicación tanto físico, como remoto(virtual) denominado **BUZON PARA PQRS**, el cual tiene como finalidad, recepcionar peticiones, quejas, reglamos y/o sugerencias que provengan de su Talento humano o de fuentes externas como: padres de familias de beneficiarios, de usuarios (FAMI), de la comunidad en general, veedurías, entidades públicas o privadas y órganos de control entre otros, relacionadas con la atención de los servicios de atención a la primera infancia a su cargo.

Teniendo en cuenta la circunstancias presentadas y derivadas con ocasión de la emergencia sanitaria por COVID 19, como las medidas de aislamiento obligatorio y la implementación de protocolos que garanticen la atención al ciudadano, usuarios de los servicios de bienestar familiar; pero en especial, para evitar el contagio y la propagación del virus. en adelante, para los fines de las PQRS, se ha dispuesto dos canales de comunicación: Vía correo electrónico y vía telefónica.
Para cualquiera de las dos vías enunciadas, recomendamos tener en cuenta los siguientes conceptos:

- **PETICIÓN:** Es una acción por medio de la cual, de manera respetuosa, solicita a la FUNDACION FUNPERS, una actuación o cualquier información o concepto relacionada con su gestión institucional o con la prestación de los servicios de atención a la Primera Infancia que administra o con el vínculo contractual del Talento Humano destinado para la operación de los citados servicios.

- **QUEJA:** Es la expresión o manifestación respetuosa que se le hace a la FUNDACION FUNPERS por cualquier inconformidad que le generó al que la presenta relacionada con su gestión institucional o con la prestación de los servicios de atención a la Primera Infancia que administra o con el vínculo contractual del Talento Humano destinado para la operación de los citados servicios.

- **RECLAMO:** Es la oposición o contrariedad presentada, con el objeto de que la FUNDACION FUNPERS revise y evalúe una actuación por ésta realizada pero que esté relacionada con su gestión institucional, o la prestación de los servicios de atención a la Primera Infancia que administra o con el vínculo contractual del Talento Humano destinado para la operación de los citados servicios.

- **SUGERENCIA:** Es una propuesta presentada para incidir en el mejoramiento de un proceso de la FUNDACION FUNPERS, cuyo objeto está relacionado con la prestación de los servicios de atención a la Primera Infancia que administra y en las relaciones contractuales con el talento humano vinculado para la operación de los citados servicios.

El siguiente es correo electrónico: funperspqrfs@gmail.com , a través del cualquier persona, incluido el talento humano si es su deseo, antes que hacerlo de manera física, del que podrá hacer uso.

Por su parte si es su deseo hacerlo, las líneas telefónicas dispuestas por la EAS FUNPERS, para los fines descritos en el presente memorando son las siguientes: 3153285751 Jessika Urbano, 3154469588 Edith Guerrero, 3116008770 Judith Muñoz , 3159277845 Diana Mogollon, .

Para nosotros es muy importante que el Talento Humano conozca y haga uso de requerirlo, de los canales de comunicación para la recepción de PQRS, en garantía

del derecho fundamental de petición, previsto en el artículo 23 de la Constitución Política de 1991 y del artículo 13 y siguientes de la Ley 1437 de 2011 incorporados por la Ley 1755 de 2015, que consagra el derecho de todas las personas de presentar peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, de manera respetuosa a las autoridades, concepto dentro del cual se incluye su empleador o contratante según el tipo de vinculación contractual, por motivos de interés general o particular, para lo cual se observarán los términos y plazos que para tal fin ha dispuesto la mencionada ley o la que la modifique.

Dicho lo anterior, consideramos además importante indicarles el conducto regular antes de interponer una queja en contra FUNDACION FUNPERS, en el sentido de que antes de presentarla ante el ICBF o cualquier otra entidad, acudan a través de cualquiera de los canales de comunicación aquí señalados, con el fin de evaluar la situación o circunstancia objeto de la misma y determinar la viabilidad de brindarle la respectiva solución, aclaración o información correspondiente.

Para finalizar, deben saber que la FUNDACION FUNPERS, cuenta con total disposición para atender sus PQRS través de las áreas correspondiente que hacen parte de su estructura organizacional.

Sin otro particular me suscribo, no sin antes desearles éxitos en la ejecución de sus actividades.

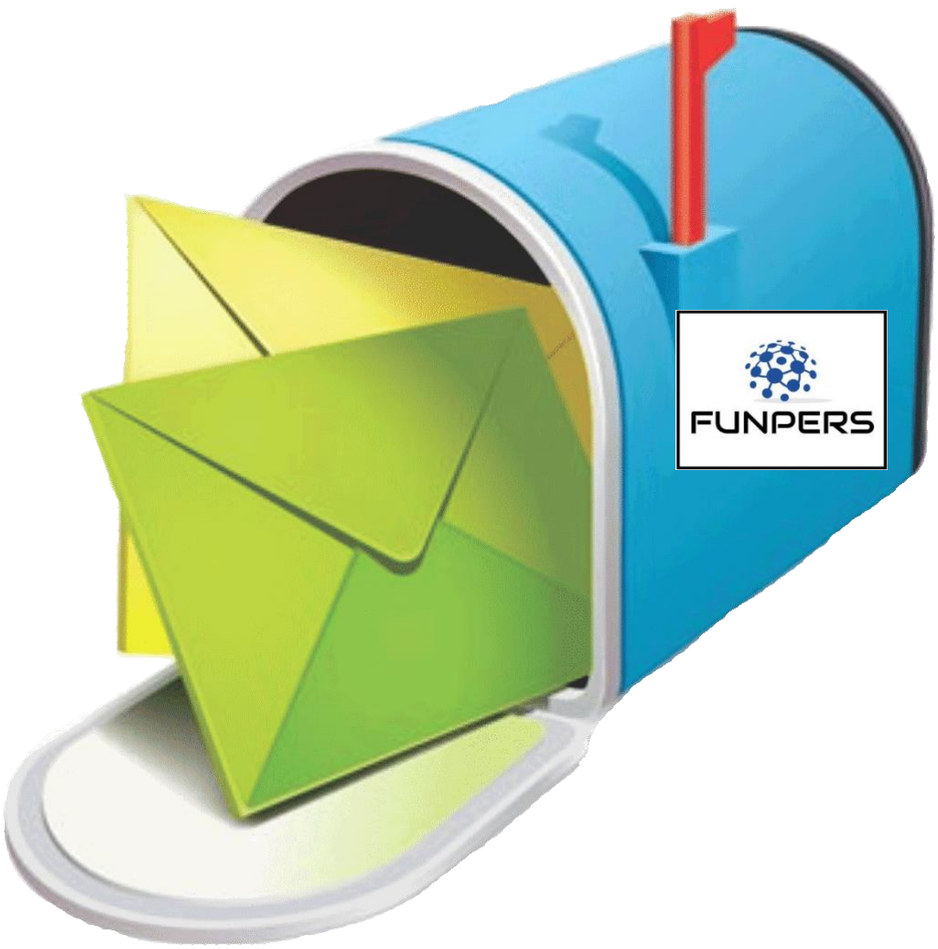
Sin otro particular, Atentamente,

JESSIKA URBANO ORDOÑEZ
Representante Legal FUNPERS

Py/ AMRR - R&R LEGAL
Abogados Consultores Especializados

FUNDACIÓN DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL

PROTOCOLO PARA LA IMPLEMENTACION DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS AJUSTADO AL PROCESO DE ATENCION EN ESTADO DE EMERGENCIA SANITARIA MODALIDAD FAMILIAR – SERVICIO HCB



MUNICIPIO VALLE DEL GUAMUEZ
FUNDACION FUNPERS

2020

TABLA DE CONTENIDO

1. PRESENTACIÓN
2. OBJETIVOS
   2.1. OBJETIVO GENERAL
   2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
3. RESPONSABILIDAD Y COORDINACIÓN DEL BUZÓN
4. DEFINICIONES
   4.1. BUZÓN
   4.2. AGRADECIMIENTOS
   4.3. QUEJA
   4.4. PETICIÓN
   4.5. RECLAMO
   4.6. SUGERENCIA
   4.7. DENUNCIA
   4.8. SERVICIO
   4.9. RECIBIR
   4.10. TRAMITAR
   4.11. RESOLVER
   4.12. USUARIO
5. ESTRATEGIAS DE ACCIÓN
   5.1. INSTALACION Y SOCIALIZACION DEL BUZON
   5.2. APERTURA DEL BUZÓN
   5.3. SEGUIMIENTO
6. FORMATOS

PRESENTACION

La estrategia de cero a siempre en su modalidad HCB servicio de desarrollo infantil en medio familiar en la primera infancia, tiene como objetivo prestar el servicio de atención a las familias en las cuales se encuentren niños y niñas en edad de los o meses a los 5 años 11 meses . En servicio especial en medio de la emergencia sanitaria por la cual atraviesa el mundo. Para este proceso de atención y continuando con la ejecución del contrato 8686000912020 celebrado el 1 de ABRIL de 2020 entre el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la fundación de profesionales enfocados en la reconstrucción social (FUNPERS) el objetivo principal es la calidad en la atención esperamos brindar una atención con calidad y eficacia realizando seguimientos a los usuarios a través de acompañamiento telefónico afectivo y efectivo en el cual se ejecute la estrategia mis manos te enseñan y se llegue a nuestros 346 usuarios con la entrega de RPP en canasta reforzada.

Como servicio de atención del programa esperamos que nuestras acciones estén acordes con los lineamientos operativos y llenen la expectativa de los usuarios por lo tanto organizamos el presente protocolo para la implementación del buzón de sugerencias para obtener de nuestros usuarios de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones.

Este protocolo se realiza en pro de tener la oportunidad de conocer el estado del servicio y poder mejorar en caso de que encontremos algunas falencias.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Crear el espacio de información y participación de los usuarios en cuanto a la calidad del servicio a través de veeduría y el mejoramiento de las condiciones del servicio prestado por la EAS y el personal responsable de la atención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Atender, resolver, evaluar y dar seguimiento a las quejas o sugerencias, inquietudes, satisfacción de necesidades y expectativas de la comunidad usuaria, para consolidar y enriquecer la calidad del servicio.

- Subsanar toda acción irregular contextualizada en el buzón, con acciones inmediatas y positivas.

RESPONSABILIDAD Y COORDINACIÓN DEL BUZÓN

Será responsabilidad de todo el equipo darle seguimiento y solución a las quejas y sugerencias, siendo la coordinación quien le dé el seguimiento hasta la solución y si es el caso hasta la contestación al usuario.

El buzón tendrá dos modalidades de aplicación:

1. **Buzón de sugerencias instalado en las UA en donde se realiza la atención al usuario y la concentración de todos para la entrega de RPP, en el momento de la entrega de las RPP se recibirá por parte de las agentes educativas y con la respectiva verificación de la veeduría y comité de control social las papeletas con su respectivo contenido y estas serán entregadas a coordinación.**

2. **Buzón de sugerencias virtual, estará a cargo de cada uno de los coordinadores quienes recibirán las inquietudes vía telefónica, WhatsApp y/o correo electrónico.**

Para tener claridad ante el instrumento de evaluación se realizará la socialización del buzón de sugerencias y se explicará paulatinamente todas las definiciones, logrando mayor participación de los usuarios a través de este, a continuación, relacionamos las definiciones.

DEFINICIONES

BUZÓN: Es un espacio físico o virtual, donde se depositan las quejas, sugerencias, inquietudes expresados por la comunidad usuaria del programa.

QUEJA: Describen algún tipo de inconformidad en cuanto a los servicios que se ofrecen en el programa.

PETICIÓN: Es el derecho fundamental que tiene toda persona a presentar solicitudes respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener su pronta resolución.

RECLAMO: Es el derecho que tiene toda persona de exigir, reivindicar o demandar una solución, ya sea por motivo general o particular, referente a la prestación indebida de un servicio o a la falta de atención de una solicitud.

SUGERENCIA: Es una alternativa de solución, propuesta por cualquier interesado, para colaborar en la mejora o solución de alguna inconformidad.

DENUNCIA: Es la puesta en conocimiento ante una autoridad competente de una conducta posiblemente irregular, para que se adelante la correspondiente investigación penal, disciplinaria, fiscal, administrativa, sancionatoria o ético profesional. Es necesario que se indiquen las circunstancias de tiempo, modo y lugar con el objeto de que se establezcan responsabilidades.

FELICITACION: Es expresar de forma cariñosa la alegría o satisfacción que se siente por las acciones realizadas.

RECIBIR: Registrar las quejas y sugerencias que presenten todos los requisitos establecidos en el formato.

TRAMITAR: Realizar el conjunto de acciones e interacciones, que han de llevar a cabo para dar, a las quejas y sugerencias, el curso que corresponde hasta su conclusión de dicha queja o sugerencia.

RESOLVER: Comunicar al usuario el trámite o solución de la queja o sugerencia.

USUARIO: Persona que formula una queja o sugerencia.

ESTRATEGIAS DE ACCION

INSTALACIÓN Y SOCIALIZACION:

- El buzón de sugerencias deberá instalarse en un área visible y accesible a la comunidad en la unidad de atención al usuario

- Cada coordinador recibirá de manera virtual las respectivas peticiones quejas reclamos y sugerencias y realizará la respectiva atención y plan de seguimiento y gestión hasta satisfacer la necesidad encontrada

- El personal a cargo en cabeza de la coordinación deberá levantar el acta de instalación del buzón para tener claridad en el momento en que se socializa y se instala el buzón, **así como la forma de atención de las PQRS en medio de la emergencia sanitaria.**

APERTURA DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS.

En tiempos de emergencia y aislamiento preventivo no se realizará la apertura del buzón se aplicará la recepción de las papeletas u oficios con el apoyo de la veeduría y comité de control social, esta se realizará en cada entrega de RPP y la maestra entregará posteriormente las papeletas u oficios a su coordinador.

Una vez superada la emergencia y volviendo a la normalidad en la atención se realizará la apertura del buzón en la última semana del mes y se realizará la socialización y registro del acta entre los agentes educativos y la veeduría

SEGUIMIENTO.

el coordinador de la unidad, atenderá y gestionará de inmediato las quejas, sugerencias u otros asuntos captados en el buzón e implementará los procedimientos operativos y/o normativos necesarios para resolver las quejas y enriquecer el buen funcionamiento y calidad del servicio, dará respuesta en un plazo no mayor a 1 mes después de haber recibido la petición, queja, reclamo o sugerencia.

a) la MADRE COMUITARIA enviará por medio de oficio al coordinador (a) lo encontrado en el buzón y dará recibido al oficio para ingresarlo en la carpeta de estándares como evidencia de lo entregado.

b) la coordinación socializara al interior del equipo lo encontrado y organizara con el área competente y sus profesionales encargados de la acción de mejora los tiempos para dar respuesta a la PQRS.

c) coordinación entregara oficio de respuesta y socialización a la maestra (o) y auxiliar pedagógico para dar lectura y respuesta a lo encontrado. **En tiempo de emergencia se dará respuesta virtual a los usuarios siendo esta la forma más inmediata para actuar y lograr la satisfacción de los usuarios.**

FORMATOS

FORMATO PARA EMITIR PQRS

Recuerda: Es muy importante la honestidad, y transparencia de su Petición, queja, reclamo, sugerencia o felicitación.

Por favor marque con una X según corresponda.

QUEJA		**SUGERENCIA**		**PETICIÓN**		**RECLAMO**		**FELICITACIÓN**	

UNIDAD A LA QUE PERTENECE EL USUARIO: _____
FECHA: _____

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS_____
_____
_____
_____
_____
_____

FORMATO PARA EMITIR PQRS

Recuerda: Es muy importante la honestidad, y transparencia de su Petición, queja, reclamo, sugerencia o felicitación.

Por favor marque con una X según corresponda.

QUEJA		**SUGERENCIA**		**PETICIÓN**		**RECLAMO**		**FELICITACIÓN**	

UNIDAD A LA QUE PERTENECE EL USUARIO: _____
FECHA: _____

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS_____
_____
_____
_____
_____
_____

FORMATO PARA EMITIR PQRS

Recuerda: Es muy importante la honestidad, y transparencia de su Petición, queja, reclamo, sugerencia o felicitación.

Por favor marque con una X según corresponda.

QUEJA		**SUGERENCIA**		**PETICIÓN**		**RECLAMO**		**FELICITACIÓN**	

UNIDAD A LA QUE PERTENECE EL USUARIO: _____
FECHA: _____

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS_____

_____
_____
_____
_____
_____

FORMATO DE CONTESTACIÓN DE PQRS

Por este medio la coordinación y el comité de veeduría de la unidad_____, le informan que su queja o sugerencia depositada en el buzón, cumpliendo con los requisitos enmarcados en el instructivo que lo requiere ha sido atendida y se le dio el siguiente curso:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Esperando que la presente información cumpla con el objetivo, le agradecemos su participación lo que servirá para el mejoramiento de la atención que le brinda esta institución.

Atentamente,

Docente y comité de veeduría.

_____ _____

_____ _____

FUNDACIÓN DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL

INSTALACION

Acta No.:	
Fecha:	
Lugar	
Hora:	

OBJETIVO	Realizar la instalación del buzón y socialización del mecanismo de recepción de peticiones, sugerencias o felicitaciones que realizaran las familias usuarias en el tiempo de prestación del servicio.
PARTICIPANTES DE LA REUNIÓN	1. USUARIOS 2. DOCENTE Y AUXILIAR PEDAGOGICO
ORDEN DEL DIA	1. instalación 2. socialización del mecanismo 3. Registro del acta 4. Observaciones y varios

No.	RESUMEN DE TEMAS TRATADOS
1.	
2.	
3.	
4.	

No siendo otro el motivo de la reunión, se termina siendo las _____ del día _____ del mes _____ de 2020.

FIRMA PARTICIPANTES DE LA REUNIÓN

_____

MADRE COMUNITARIA

_____

MADRE VEEDORA- HCB

FUNDACIÓN DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL

APERTURA

Acta No.:	
Fecha:	
Lugar	
Hora:	

OBJETIVO	Realizar la apertura del buzón y registro de las quejas, peticiones, sugerencias o felicitaciones que realizaron las familias usuarias en el buzón de sugerencias.
PARTICIPANTES DE LA REUNIÓN	1. USUARIOS 2. MADRE COMUNITARIA
ORDEN DEL DIA	1. apertura del buzón 2. lectura y socialización del contenido 3. Registro del acta 4. Observaciones y varios

No.	RESUMEN DE TEMAS TRATADOS
1.	
2.	
3.	
4.	

No siendo otro el motivo de la reunión, se termina siendo las _____ del día _____ del mes _____ de 2020.

FIRMA PARTICIPANTES DE LA REUNIÓN

_____ _____

MAESTRA

_____

MADRE VEEDORA- FAMILIAR

FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS EN LA RECOSTRUCCION SOCIAL

CERTIFICA

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION, EN EL MARCO DE ACEPTACIÓN DE LA OFERTA No. 091 DE 1 DE ABRIL DE 2020, CELEBRADO ENTRE FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL – FUNPERS Y EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF, relacionadas a continuación:

Durante la ejecución del contrato se utilizó la información dada por el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR** la cual se trató de acuerdo con la Política de Seguridad y Privacidad de la Información, Seguridad Digital y Continuidad de la Operación:

- ✓ ¿La Política de seguridad de la información del ICBF, fue socializada al personal que hace parte del objeto contractual?

  SÍ __X___ Evidencia: ACTA DE SOCIALIZACION TALENTO HUMANO HCB CONTRATO 091
  No ____ Justificación: _____
  No aplica _____

- ✓ ¿La Política de Tratamiento de Datos Personales del ICBF, fue socializada al personal que hace parte del objeto contractual?

  SÍ __X___ Evidencia: ACTA DE SOCIALIZACION TALENTO HUMANO HCB CONTRATO 091
  NO ____ Justificación: _____
  No aplica _____

- ✓ ¿Se generan periódicamente copias de seguridad de la información digital en la EAS?

  SÍ __X___ Evidencia: ACTUALIZACION DE CARGUE DE LA INFORMACION EN LA PLATAFORMA
  No ____ Justificación: _____
  No aplica _____

- ✓ ¿Se tiene una cuenta de usuario por cada empleado que requiere acceso a los aplicativos institucionales dispuestos por el ICBF?

  SÍ _____ Evidencia: CONTRASEÑAS Y CODIGO DE INGRESO
  No ____ Justificación: _____
  No aplica _____

- ✓ ¿Se utilizan controles para el acceso a la información (por ejemplo, contraseñas) contenida o almacenada en medios extraíbles (USB, discos duros externos, entre otros)?

  SÍ __X___ Evidencia: ACTA DE SOCIALIZACION TALENTO HUMANO HCB CONTRATO 091
  No ____ Justificación: _____
  No aplica _____

PÚBLICA

- ✓ Se lleva control de acceso de las carpetas de los beneficiarios o información administrativa. ¿Se usa bitácora de control de préstamos?

  SÍ __X___ Evidencia: BASE DE DATOS DE MANEJO DE ARCHIVOS
  No ____ Justificación: _____
  No aplica _____

- ✓ ¿La información física se encuentra custodiada en archivadores con llave o en oficinas de acceso controlado/restringido?

  SÍ ____X_ Evidencia: ARCHIVO ADMINISTRATIVO Y EN LA NUBE
  No ____ Justificación: _____
  No aplica _____

- ✓ ¿Las zonas de almacenamiento de información física se encuentran libres de humedad, presencia de roedores o plagas?

  SÍ __X___ Evidencia: EVIDENCIA FOTOGRAFICA
  No ____ Justificación: _____
  No aplica _____

- ✓ ¿Se utilizó alguna metodología de desarrollo seguro de software (aplica solo para los contratos de prestación de servicios tecnológicos)?

  SÍ _____ Evidencia: _____
  No ____ Justificación: _____
  No aplica __X____

- ✓ ¿Se realiza la verificación del papel reutilizado, que no contenga información reservada, clasificada del ICBF o con datos personales?

  SÍ ___X__ Evidencia: VERIFICABLE EN FISICO
  No ____ Justificación: _____
  No aplica _____

Dado en la ciudad de Sibundoy putumayo en el junio de 2020.

PÚBLICA

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

Atentamente,



_____

REPRESENTATE LEGAL FUNPERS

YESSICA URBANO

PÚBLICA

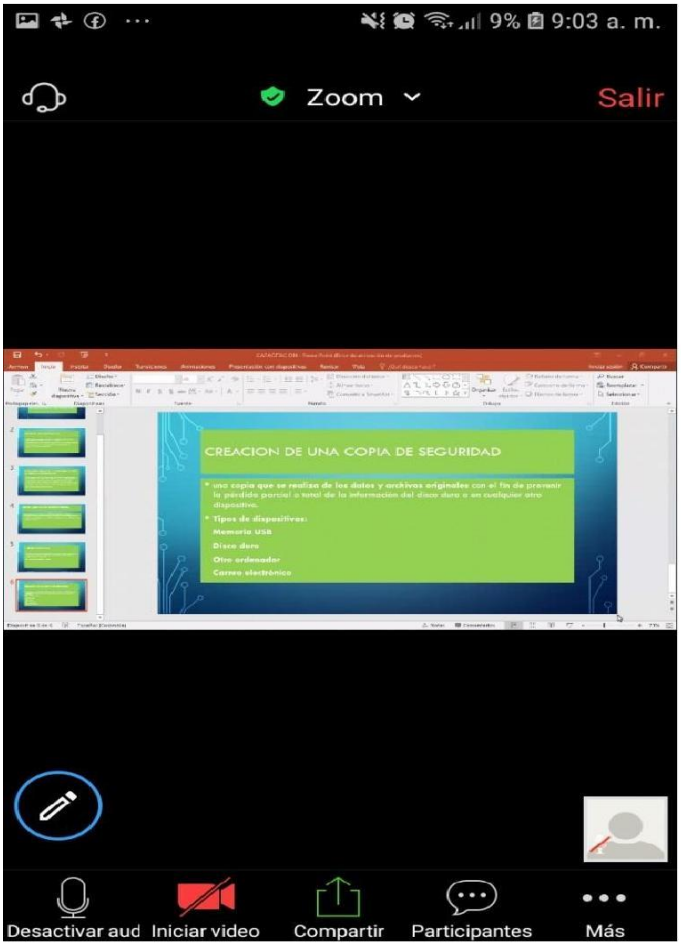
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

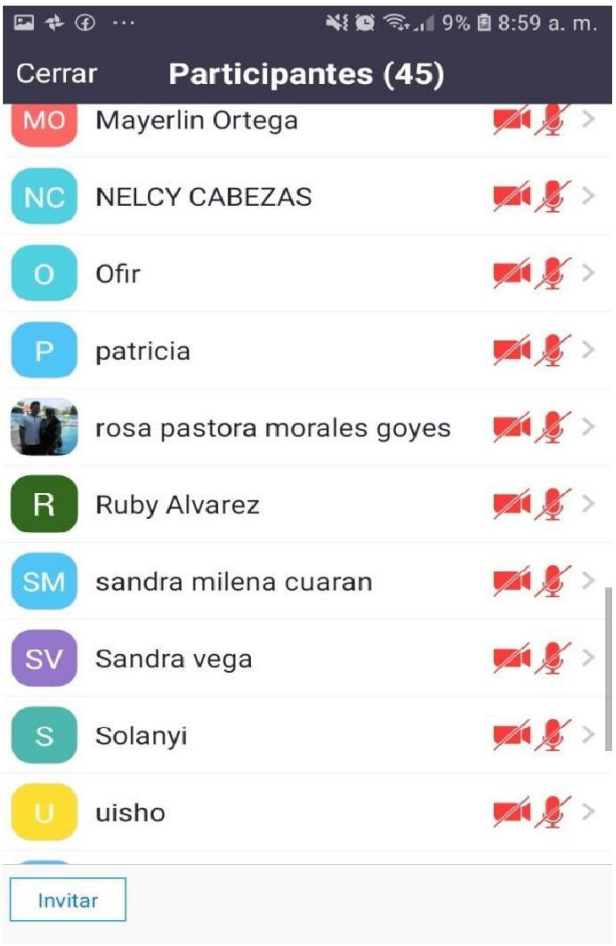
ACTA No.:	03
FECHA Y LUGAR:	31-07-2020
HORA:	08:00am a 09am
TEMA:	**CAPACITACION A TH DE LAS MODALIDADES CDI INSTITUCIONAL Y FAMILIAR Y HCB CONTRATO 091 078 092 LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION**
OBJETIVO	Capacitar al talento humano de las dos modalidades y asegurar un plan de contingencia ante la pérdida de información a todo el equipo de trabajo que pertenece a la **FUNDACIÓN DE PROFESIONALES ENFOCADOS** ” en la cual se dio a conocer un sistema de seguridad de la información de sus equipos informáticos así como también la seguridad digital.

No

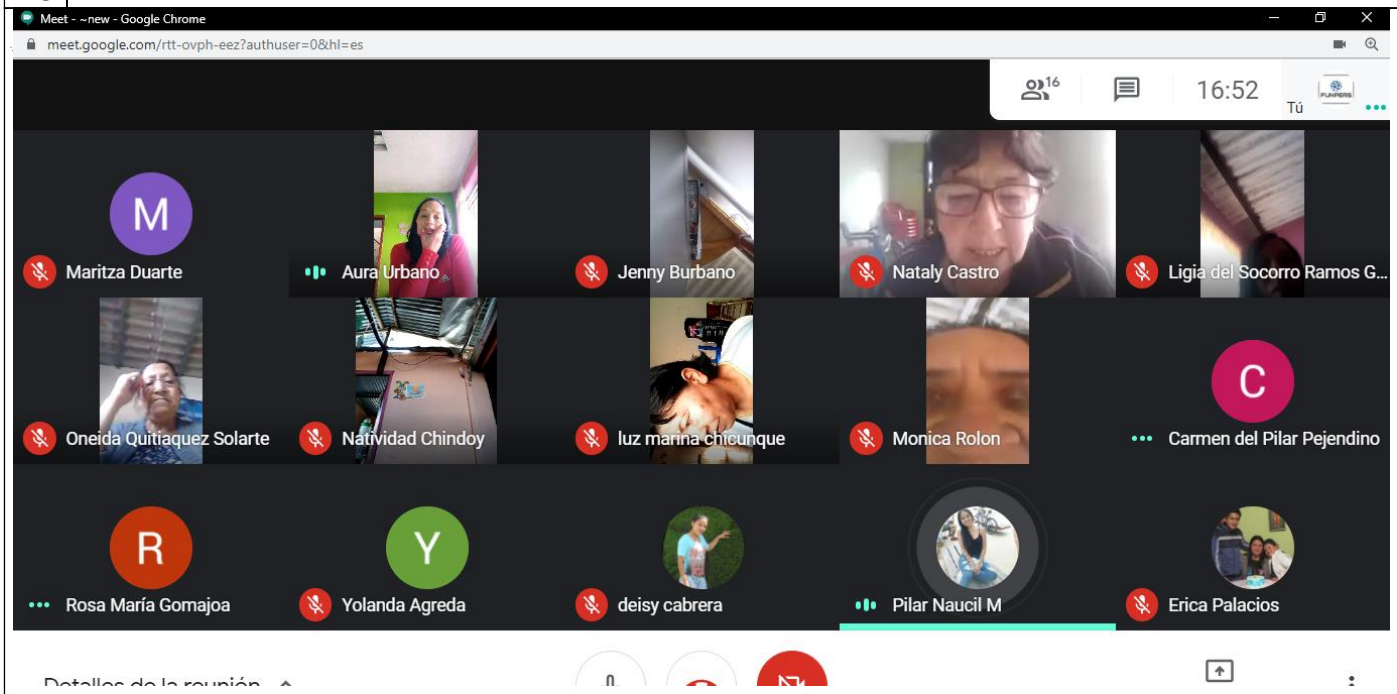
REGISTRO FOTOGRAFICO

De acuerdo con el llamado a lista se confirma que se cuenta con los profesionales de los diferentes servicios de Primera Infancia que operan en el VALLE DE SIBUNDOY Y VALLE DEL GUAMUEZ se continúa con la agenda

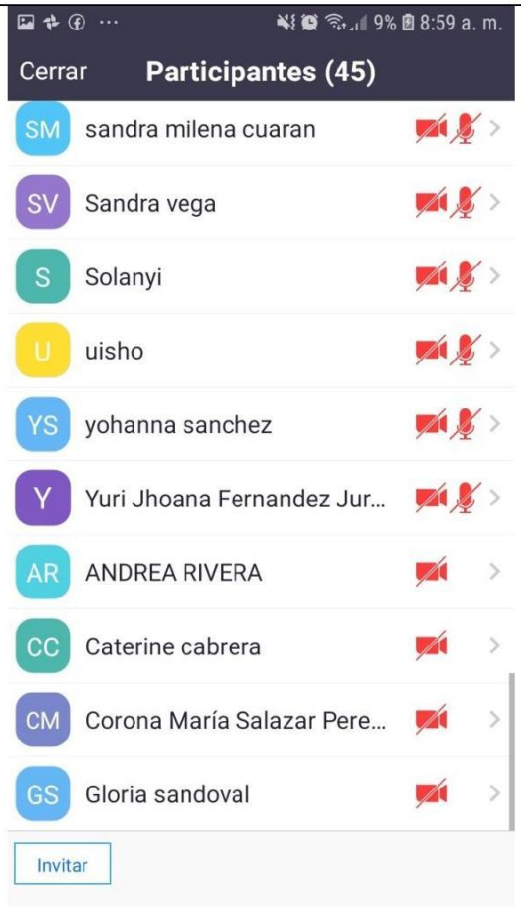


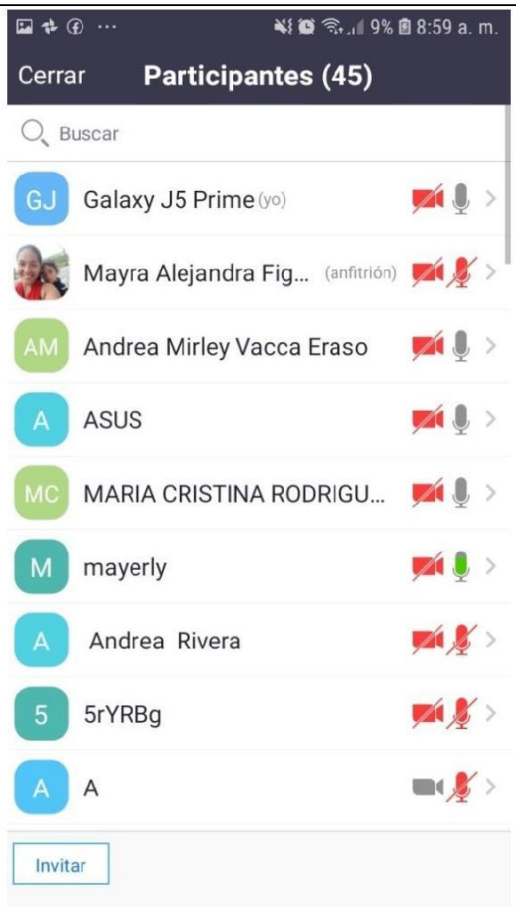


No	


Meet - ~new - Google Chrome
meet.google.com/rtt-ovph-eez?authuser=0&hl=es
16
16:52
Tú
Maritza Duarte
Aura Urbano
Jenny Burbano
Nataly Castro
Ligia del Socorro Ramos G...
Oneida Quitiaquez Solarte
Natividad Chindoy
luz marina chicunque
Monica Rolon
Carmen del Pilar Pejendino
Rosa María Gomajoa
Yolanda Agreda
deisy cabrera
Pilar Naucil M
Erica Palacios
Detalles de la reunión

No	





DEPENDENCIA A CARGO:

GERARDO ROYSNEIDER ERAZO NASTACUAS
C.C 1124863892

GESTOR CUENTAME FUNPERS

Que el ICBF es un establecimiento público descentralizado del orden nacional con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio adscrito al Departamento Administrativo para la Prosperidad Social - Prosperidad Social, que tiene como fin esencial trabajar por la prevención y protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias en Colombia.

Que el Artículo 33 de la Ley 1098 de 2006 recoge derechos sustanciales de la mayor relevancia para el asunto del presente compromiso así: *Artículo 33: Derecho a la intimidad. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la intimidad personal, mediante la protección contra toda injerencia arbitraria o ilegal en su vida privada, la de su familia, domicilio y correspondencia. Así mismo, serán protegidos contra toda conducta, acción o circunstancia que afecte su dignidad."*

De igual manera, el Artículo 3 de la Convención Internacional sobre los derechos del Niño – Ley 12 de 1991, señala lo siguiente: "*1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño"*.

Que la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de la República de Colombia establece las disposiciones generales para la protección de datos personales recolectados en bases de datos o archivos, señalando en su artículo 7° que los derechos de los niños, niñas y adolescentes para el tratamiento de datos "*asegurará el respeto a los derechos prevalentes de los niños, niñas y adolescentes. Queda proscrito el tratamiento de datos personales de niños, niñas y adolescentes, salvo aquellos datos que sean de naturaleza pública*".

Que el Decreto 1074 de 2015 de la República de Colombia en su capítulo 25 del título 2 del libro 2 de la parte 2 que reglamenta la Ley Estatutaria 1581 de 2012, dispone en su artículo 2.2.2.25.2.9 que la prohibición para el tratamiento de datos personales de niños, niñas y adolescentes se exceptúa cuando se trate de datos de naturaleza pública y cuando dicho tratamiento responda y respete el interés superior de los niños, niñas y adolescentes y asegure el respeto de sus derechos fundamentales.

Que el numeral 5 del artículo 2.2.2.25.1.3 del Decreto 1074 de 2015 define la transmisión como "*Tratamiento de datos personales que implica la comunicación de los mismos dentro o fuera del territorio de la República de Colombia cuando tenga por objeto la realización de un Tratamiento por el Encargado por cuenta del Responsable*".

De conformidad a Resolución Interna, el ICBF adoptó la política de seguridad y privacidad de la información, seguridad digital y continuidad de operación, además estableció las políticas generales de manejo y los lineamientos frente al uso y manejo de la información y dispuso que es deber de la entidad reducir el riego de robo, fraude, mal uso de las instalaciones y medios, asegurando las confidencialidad, disponibilidad e integridad de la información.

Que dicha Resolución dispone la necesidad de suscribir el presente compromiso de confidencialidad y no divulgación, en lo que respecta al tratamiento de la información de la entidad y la autorización de tratamiento de datos personales.

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 POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Que se considera información confidencial: a) Aquella que, como conjunto, por la configuración o estructuración exacta de sus componentes, no sea generalmente conocida. b) La que esté protegida de acuerdo con su clasificación. c) Aquella información que no esté sujeta a medidas de protección razonables, de acuerdo con las circunstancias del caso, a fin de mantener su carácter confidencial, y d) Información que de acuerdo con la naturaleza del Instituto se debe mantener en absoluta reserva y aquella que la normativa colombiana catalogue como información reservada y/o confidencial o que no sea considerada información pública del Estado.

Que dado el acuerdo de voluntades que suscribirá el ICBF para el desarrollo de los obligaciones o compromisos, es necesario suministrar información que se encuentra protegida por las normas de protección de datos personales, incluyendo información de niños, niñas y adolescentes para su atención y focalización, así como este levantará información relacionada que permita al ICBF tener un control y hacer seguimiento de estos procesos, por lo que se evidencia la necesidad de suscribir el presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de datos con el fin de garantizar la confidencialidad de la información que el ICBF suministre dentro del marco del acuerdo de voluntades, definiendo las actividades que el encargado realizará por cuenta del responsable para el tratamiento de los datos personales y las obligaciones del Encargado para con el titular y el Responsable.

Que debido a la naturaleza de las actividades que desarrollará la parte receptora con respecto a la parte reveladora que es el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, se hace necesario que se administre, proteja y preserve la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información antes, durante y en la etapa posterior a la ejecución del acuerdo de voluntades a suscribir:

EN CONSECUENCIA:

Yo, JESSIKA MAYALY URBANO MUÑOS identificado(a) con cédula de ciudadanía No.1089000708 expedida en colon Nariño , (representante legal de **FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS EN LA RECOSTRUCCION SOCIAL con** NIT 900631968 en adelante denominada **PARTE RECEPTORA**, suscribo el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN,** en relación con la información clasificada o reservada que sea puesta a su disposición por el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**, quien será en adelante denominada la **PARTE REVELADORA**, para el desarrollo y ejecución del acuerdo de voluntades que se celebrará entre las partes, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes, relacionados con:

PRIMERO. PROTECCIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL Y CONFIDENCIAL: La parte receptora como encargada del tratamiento de la información dará aplicación a la Ley 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el capítulo 25 del título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1074 de 2015, así como de la Política de Tratamiento de Datos Personales y la Política de Seguridad de la Información del ICBF, las cuales se encuentran publicadas en la página web.

SEGUNDO. PROTECCION DE DATOS PERSONALES: EL ENCARGADO dará aplicación a la Política de Tratamiento de Datos Personales del **ICBF**, la cual se encuentra publicada en la página web.

TERCERO. OBJETO DE LA CONFIDENCIALIDAD: El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir **LA PARTE RECEPTORA**, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra **LA PARTE REVELADORA.**

Por lo tanto, quien suscribe el presente documento se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, utilizar y/o emplear la información conocida o entregada por la parte reveladora, para fines distintos al cumplimiento del objeto del contrato a celebrar con el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF**.

CUARTO. DESTINACIÓN: La información que se obtenga de **LA PARTE REVELADORA** sólo podrá ser utilizada por la **PARTE RECEPTORA** para el desarrollo y ejecución del objeto del contrato a celebrarse entre el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF** y la persona natural o jurídica que suscribe el presente documento

QUINTO. EXCEPCIONES: Se exceptúan de lo anterior los siguientes eventos:

(i) Que haya sido de dominio público, o que sea publicada sin que medie ninguna acción y/o intervención de la **PARTE RECEPTORA**.
(ii) Que antes de revelarla estuvieran en posesión legitima de la **PARTE RECEPTORA**.
(iii) Que posteriormente a la revelación de ésta, sea legalmente recibida de un tercero que tenga derechos para distribuir la información sin notificación de ninguna restricción de su derecho a revelarla posteriormente.
(iv) Que se revele con la aprobación previa y escrita de la **PARTE RECEPTORA.**
(v) Que la revelación y/o divulgación de la información se realice en desarrollo o por mandato de una ley, decreto o sentencia u orden de autoridad competente en ejercicio de sus funciones legales. En este caso, la parte obligada a divulgar la información confidencial se obliga a avisar inmediatamente haya tenido conocimiento de esta obligación a la otra parte de este convenio, para que pueda tomar las medidas necesarias para proteger su información confidencial, y de igual manera se compromete a tomar las medidas necesarias para atenuar los efectos de tal divulgación.

SEXTO. OBLIGACIONES: 1.) La Información Confidencial no puede ser utilizada por la parte receptora para fines diferentes al cumplimiento del objeto del acuerdo de voluntades a suscribirse. **2.) LA PARTE RECEPTORA** se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, recolectar, almacenar, o replicar la información dada a conocer por **LA PARTE REVELADORA. 3.)** Hacer cumplir en nombre propio sobre sus trabajadores, contratistas, subcontratistas y demás colaboradores, la obligación de no almacenar, guardar, intercambiar, divulgar o copiar información a la que hayan accedido de **LA PARTE REVELADORA** en ejecución del acuerdo de voluntades a celebrarse **4.)** Instruir al personal que estará encargado de recibir la información confidencial, debiendo suscribir el correspondiente compromiso de confidencialidad si fuere necesario, de su obligación de recibir, tratar y usar la información confidencial destinada únicamente al cumplimiento de sus funciones, bajo los mismos términos establecidos en el presente compromiso. **5.)**

Igualmente, **LA PARTE RECEPTORA** como las personas a su cargo**,** se comprometen a no utilizar de ninguna forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares o terceros de **LA INFORMACIÓN** suministrada por el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR** conforme a las disposiciones de Protección de Datos Personales establecidas en la ley**.**

PARÁGRAFO PRIMERO: LA PARTE RECEPTORA designará por escrito, los empleados y/o contratistas autorizados para el tratamiento de la información confidencial. La actualización de los usuarios será responsabilidad exclusiva de **LA PARTE RECEPTORA,** quien establecerá los protocolos de seguridad que se consideren necesarios para garantizar la confidencialidad de la información. La actualización o desvinculación de usuarios deberá comunicarla al **ICBF** cuantas veces corresponda.

PARÁGRAFO SEGUNDO: LA PARTE RECEPTORA responderá por todos los daños o perjuicios morales o económicos que llegue a causar a **LA PARTE REVELADORA** por la indebida utilización de la **INFORMACIÓN** recibida, o por el incumplimiento parcial o total de las obligaciones enlistadas con antelación

SEPTIMO. SEGURIDAD DE LA INFORMACION: La información suministrada por la **PARTE REVELADORA** y en general cualquier tipo de información clasificada o reservada conocida en desarrollo del objeto del contrato acuerdo de voluntades, deberá ser mantenidas de manera confidencial y privada, protegiendo dicha información para evitar su divulgación y/o circulación no autorizada, ejerciendo sobre ésta el mismo grado de diligencia que utiliza para proteger información de este tipo que tenga bajo su custodia, tomando para ello todas las medidas técnicas y de cuidado.

OCTAVO. DURACIÓN. LA PARTE RECEPTORA acepta que la confidencialidad de cualquier información de carácter personal y confidencial, será continua y no vencerá, especialmente los datos sensibles que trata la Ley 1581 de 2012 y su reglamentación contenida en el capítulo 25 del título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1074 de 2015, garantizando que en el caso de información de niños, niñas o adolescentes, su tratamiento responderá a su interés superior y se asegurará sin excepción alguna el respeto de sus derechos prevalentes, de conformidad con la jurisprudencia de la honorable Corte Constitucional.

NOVENO - PROPIEDAD DE LA INFORMACIÓN: La información suministrada pertenece al **ICBF** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las funciones legales.

DECIMO- VERIFICACIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD Y USO DE LA INFORMACIÓN: LA PARTE REVELADORA se reserva el derecho de verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del presente compromiso, con respecto al tratamiento de la información que se encuentra en las bases de datos que produce y administra el **INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR.**

DECIMO PRIMERO – SANCIONES: La violación o inobservancia a cualquiera de las cláusulas de confidencialidad de este compromiso, o el uso indebido de la información, dará lugar al inicio de las acciones disciplinarias, administrativas, civiles y penales según corresponda que pueda iniciar el **ICBF** o terceros afectados por esta situación.

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 POLÌTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

DECIMO SEGUNDO – CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA: A. En caso de incumplimiento total o parcial de las obligaciones de **LA PARTE RECEPTORA, LA PARTE REVELADORA** podrá hacer efectiva la presente cláusula penal pecuniaria, en un monto equivalente al diez por ciento (10 %) del valor del acuerdo de voluntades, a título de pena, la cual se tendrá como estimación y pago anticipado y parcial de los perjuicios causados a la **PARTE REVELADORA** sin perjuicio de las acciones legales a las que haya lugar en caso que dicho monto no sea suficiente para resarcir el daño.

DÉCIMO TERCERO – SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS. Las partes en aras de solucionar en forma ágil, rápida y directa las diferencias y discrepancias que puedan surgir del presente compromiso de confidencialidad, acudirán en principio al mutuo acuerdo y en caso de no llegarse a un acuerdo, acudirán a las instancias y procedimientos contemplados en los artículos 68 y siguientes de la Ley 80 de 1993 y demás normas concordantes.

.

En consecuencia de lo anterior el presente compromiso se firma al día 1 primer día del mes de ABRIL (1) días del mes de abril del 2020



REPRESENTANTE LEGAL
FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS EN LA RECOSTRUCCION SOCIAL
con NIT 900631968

PÚBLICA

FORMATO REPORTE DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN			
Fecha y hora del reporte:	31/ de agosto del 2020		
Nombre de quien reporta:	JESSICA URBANO		
Cargo:	REPRESENTANTE LEGAL	**Dependencia y teléfono:**	ADMINISTRATIVA
Correo electrónico:	representantelegalfunpers@gmail.com		

INFORMACIÓN GENERAL DEL INCIDENTE **(Afectación a la información del ICBF, pérdida, daño, acceso no autorizado, alteración, etc.)**	
Fecha y hora del incidente:	SE HACE REPORTE QUE LE MES DE AGOSTO NO SE ´PRESENTO NINGUN INCIDENTE QUE HAYA VIOLADO LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION QUE MANEJA LA FUNDACION FUNPERS EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO 091 MODALIDAD COMUNITARIA.

PÚBLICA

Lugar o sede del incidente:	

Descripción del incidente:

En este campo se deben detallar los sucesos asociados al incidente como:

- *Situación que generó la sospecha de incidente.*
- *Persona o personas que se vieron afectados en el incidente.*
- *Acciones tomadas después de identificada la sospecha de incidente.*

Características que puedan ayudar al análisis de incidentes como: ventanas emergentes, bloqueos de pantalla, comportamientos extraños en los equipos de cómputo, personal sospechoso, etc.

REPRESENTALE LEGAL
FUNPERS
JESSICA URBANO



PÚBLICA

Numero de contrato	078	Nombre Contratista	YESSICA MAYALY URBANO ORDOÑEZ	Objeto del contrato	PRESTAR EL SERVICIO DE EDUCACION INICIAL EN EL MARCO DE LA ATENCION INTEGRAL A NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS HASTA EL INGRESO A EDUCACION FORMAL
Fecha de contrato		Representante legal	YESSICA MAYALY URBANO ORDOÑEZ		

Plan de continuidad operativo

Definicion	Son todas aquellas actividades o conjunto de actividades encaminadas a propender por la prestacion del servicio contratado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, en caso de que se presente una fuente de amenaza que afecte la prestacion del mismo.

Fuentes de amenaza

Secuestro	Terremoto	Avalanchas	Inundación	Tsunami	Tormenta eléctrica	Incendio Forestal	Incendio	Contaminación química	Colisión vehicular
Contaminación ambiental	Falla de suministro de energía	Falla de suministro de agua	Falla / degradación equipo informático	codigo malicioso(Malware)	Robo de equipos	Vandalismo	terrorismo	Muerte de personal	Indisponibilidad del personal
Falla de suministro de gas	daño infraestructura fisca	Falla en infraestruictura fisca	Déficit de personal	Daño de equipo	Daño y/o Perdida de información	Protestas	Huelgas	ciber terrorismo	indisponibilidad de producto
Daño en infraestruictura fisca	indisponibilidad de suministros								

Escenarios de continuidad

Falta de almacenamiento alterno	centro de fabricacion alterno	centro de distribucion alterno	centro de operación alterno	equipo de respaldo	entrenamiento cruzado	personal de respaldo	sesion de contrato	subcontratacion	equipo de negociacion
Material de respaldo	Respaldo digital de informacion	Planta electríca	traslado de personal	Convenios	Presupuesto para contingencia				

	Fuente	Escenario	Descripción de plan de continuidad operativo
Plan de continuidad del servicio	Daño y/o Perdida de información	Respaldo digital de informacion	Dado que se prevé esta contingencia con anterioridad se realizaron copias de seguridad respaldando la información en otros equipos y en la nube, la cual nos permite tomar esa información y continuar la operatividad
	Tormenta eléctrica	equipo de respaldo	Se tiene estabilizadores para que en el cambio del fluido eléctrico no fallen o se quemen los equipos y la información este a salvo
	Incendio	Material de respaldo	En un posible incendio en los lugares donde se presta el servicio de los programas CDI Institucional o en la modalidad Familiar, se ha optado por digitalizar la información de los usuarios resguardándola en discos externos, memoria y computadores, lo que nos permite volver a contar con esta información para imprimirla y tener en carpetas físicas
	Inundación	Material de respaldo	En un posible incendio en los lugares donde se presta el servicio de los programas CDI Institucional o en la modalidad Familiar, se ha optado por digitalizar la información de los usuarios resguardándola en discos externos, memoria y computadores, lo que nos permite volver a contar con esta información para imprimirla y tener en carpetas físicas
	Daño de equipo	Respaldo digital de informacion	Se retoma la información de la backup de disco externo y de la copia de seguridad de la nube
	codigo malicioso(Malware)	entrenamiento cruzado	Frente a las posibles amenazas de virus se contara con antivirus para poder generar un 99% de seguridad en el manejo de disco externo, memorias usb, y equipos
	Robo de equipos	Respaldo digital de informacion	Se retoma la información de la backup de disco externo y de la copia de seguridad de la nube.
	Falla de suministro de energía	Planta electríca	Se cuenta con respaldo para generar fluido eléctrico y poder darle operatividad al programa mientras se restablece la energía.
	Falla / degradación equipo informático	equipo de respaldo	se ha optado por digitalizar la información de los usuarios resguardándola en discos externos, memoria y computadores, lo que nos permite volver a contar con esta información para imprimirla y tener en carpetas físicas

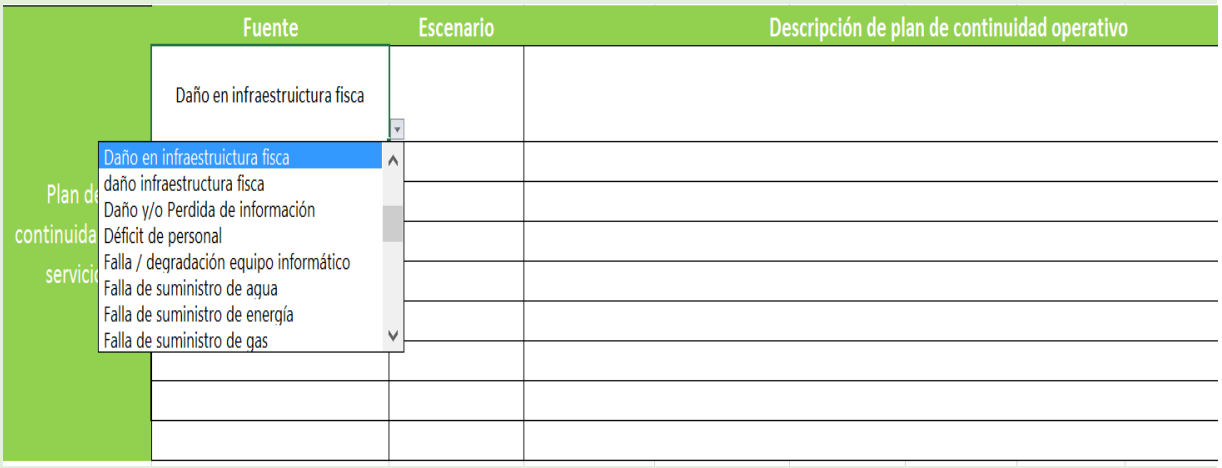
YESSICA MAYALY URBANO ORDOÑEZ Nombre y firma representante legal	SIUNDOY PUTUMAYO 31/07/2020 Lugar y Fecha

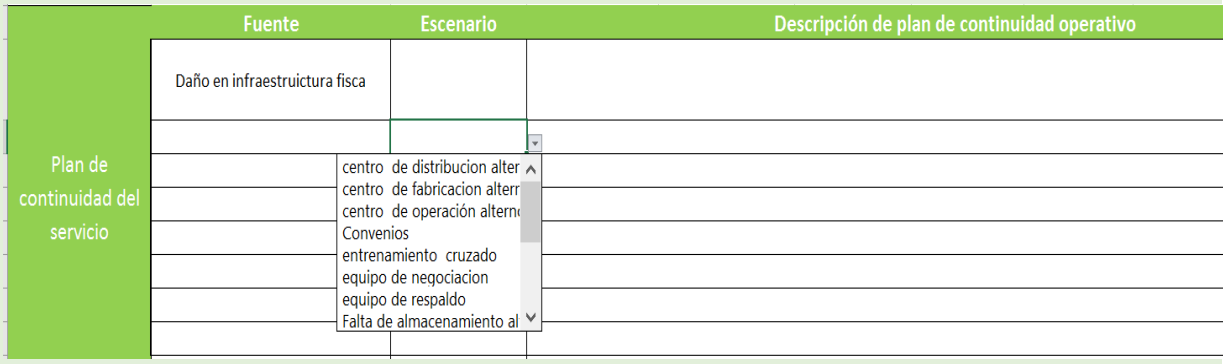
	INSTITUTO COLOMBIAN INSTRUCCIONES DI PLAN DE CONTIN

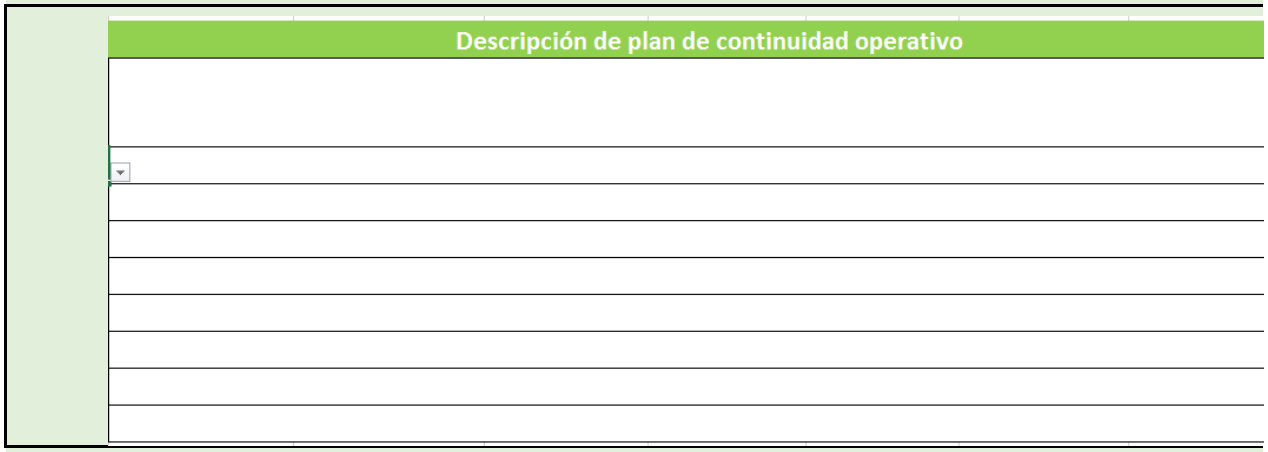
No.	
1	Identifique las fuentes de amenaza que pueden afectar la prestación del servicio
2	Identifique los posibles escenarios que permitan la continuidad del servicio contratado en caso de presentarse la fuente de amenza seleccionada.
3	Describa como basado en la fuente y el escenario seleccionado puede el operador o contratista respaldar la prestacion del servicio contratado
4	Una Vez diligenciado se debe omprimir y entregar al supervisor de contrato con firr

O DE BIENESTAR FAMILIAR E DILIGENCIAMIENTO IUIDAD OPERATIVO	F25.G7.ABS Versión 1	25/09/2 Página 1 Clasificación de la Públic

INSTRUCCIÓN







ma del represaentante legal y fecha de diligenciamiento.

019

de 1

Información:

a



DANIEL ESTEBAN GOYES RUBIO

Cédula de Ciudadanía: 1.085.259.951 de Pasto
Edad: 31 años
Estado civil: Soltero
Teléfonos de contacto: 3186007632 - 7370866
Dirección: Calle 19#31b-17 Edi. Novacentro
sempresarialesrubio@gmail.com

PERFIL PROFESIONAL

TERAPEUTA OCUPACIONAL

El Terapeuta Ocupacional se forma para desempeñarse en los sectores: Salud, Educación, empresa y Justicia y Bienestar Social, realizando actividades encaminadas a:

Identificar, valorar, caracterizar e intervenir sobre los factores de riesgo y las disfuncionalidades ocupacionales que se generan en el desempeño habitual-productivo de las personas como consecuencia de las características ambientales, neurosicológicas, organofuncionales o genéticas. Analizar la organización, contenido, requisitos y exigencias de las ocupaciones, con el fin de facilitar el proceso de orientación, rehabilitación, y/o ubicación laboral de personas y grupos. Proponer, gestionar, desarrollar y evaluar políticas, planes y programas que inducen el bienestar ocupacional de la población.
Investigar la problemática ocupacional del ser humano y proponer estrategias para su mejoramiento o potencialización en la comunidad en general o para determinados grupos poblacionales.

Integrar, gestionar y/o coordinar equipos interdisciplinarios encaminados a la investigación, prestación de servicios y formación en cuanto al bienestar de la población se refiere.

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACION PRIMARIA Y SECUNDARIA

Instituto Champagnat - Pasto 1993 - 1999
Colegio San Felipe Neri - Pasto 2000 - 2005
Título, Bachiller Académico

EDUCACION SUPERIOR

Universidad Mariana – Facultad de Salud
Título, Terapeuta Ocupacional - Pasto 2007 - 2012

Universidad CES de Medellín – Facultad de Postgrados
Título, Especialista en Gerencia de la Salud Ocupacional Pasto 2013 - 2015

TERAPEUTA OCUPACIONAL

EXPERIENCIA LABORAL

Marzo del 2019 – hasta la fecha – Sector servicios.
EMPRESA: La Casa del Enchape
Cargo: Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo.
Contacto: Adriana Viteri.

Enero del 2019 – hasta la fecha – Sector servicios.
EMPRESA: Profesionales al Servicio de la Comunidad PROSERVCO
Cargo: Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo.
Contacto: Mery Johana Pérez Vallejo.

Abril del 2020 – hasta la fecha – Sector servicios.
EMPRESA: Asociación PERENNE.
Cargo: Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo.
Contacto: Camilo Regalado.

Abril del 2020 – hasta la fecha – Sector servicios.
EMPRESA: FUNDACIÓN DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL FUNPERS.
Cargo: Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo.
Contacto: Jessica Urbano

Abril del 2020 – hasta la fecha – Sector servicios.
EMPRESA: FUNDASEMP.
Cargo: Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo.
Contacto: Mónica González

Noviembre 2018 – Hasta abril del 2020 – Sector servicios.
EMPRESA: Cooperativa Unida Multiactiva de Nariño COOPUMNAR
Cargo: Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo.
Contacto: Adriana Rivadeneira.

Febrero del 2019 a Octubre del 2019 – Sector servicios.
EMPRESA: Fundación un Mundo Sin Fronteras
Cargo: Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo.
Contacto: Diego Citeli Jurado.

Enero 2018 a Junio del 2019 – Sector construcción
EMPRESA: Constructora Hernán Fajardo Bolaños.
Cargo: Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo
Contacto: María Isabela Fajardo.

Enero 2018 a Junio del 2019 – Sector construcción
EMPRESA: Constructora FAINCO S.A.S.
Cargo: Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo
Contacto: María Isabela Fajardo.

Febrero 2013 a Septiembre 2017 - Sector Salud
EMPRESA: **Clínica de Profesionales de la Salud PROINSALUD**
Cargo: Terapeuta Ocupacional Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Contacto: Angela María Riascos.

Abril de 2016 a Abril de 2017 - Sector Servicios
EMPRESA: TAVECOL LTDA
Cargo: Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo
Contacto: Jairo Martínez.

Febrero de 2015 a Noviembre de 2016 - Sector Servicios
EMPRESA: **Cooperativa Unida Multiactiva de Nariño COOPUMNAR**
Cargo: Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo
Contacto: Adriana Rivadeneira.

Noviembre 2012 a Febrero de 2013 - Sector Servicios
EMPRESA: **Diócesis de Pasto – Pastoral Social "Fundación Liliane Fonds**"
Cargo: Terapeuta Ocupacional
Contacto: Mirerya Díaz.

PRÁCTICAS FORMATIVAS

- Positiva, Compañía de Seguros
- Hospital Perpetuo Socorro
- Colegio Liceo La Merced Maridíaz
- Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC
- Cargo: Practicante Terapia Ocupacional

FORMACIONES ADICIONALES E INTERESES

II Encuentro interdisciplinario de discapacidad- "inclusión social derechos y participación buscando una sociedad para todos".

III encuentro interdisciplinario de discapacidad – "Un mundo de expectativas ocupacionales".

Seminario de rehabilitación en miembro superior desde Terapia Ocupacional.

Seminario taller: Actualización normatividad en Seguridad y Salud en el Trabajo

Curso como instructor en conceptos básicos en brigadas de emergencia.

TERAPEUTA OCUPACIONAL

Consejo Colombiano de Seguridad: Congreso de Seguridad, Salud y Ambiente.

REFERENCIAS PERSONALES

Marlene Rubio de Gutiérrez
Sub gerente Propan y Dispropan S.A.S
Pasto (Nariño)
Tel.: 3162978563

Jenny Melissa España de la portilla
Coordinadora del área socio empresarial pastoral social
Pasto (Nariño)
Tel.: 7 30 33 32 – 312 799 7377

Para todos los efectos legales, certifico que todas las afirmaciones anotadas por mí en la presente hoja de vida son veraces (C.S.T. Art. 62 Numeral 1º).

Daniel Esteban Goyes Rubio
C.C. No. 1 085 259 951 de Pasto (N)


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.085.259.951
NUMERO
GOYES RUBIO
APELLIDOS
DANIEL ESTEBAN
NOMBRES
DANIEL GOYES R.
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 12-JUL-1987
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
10-AGO-2005 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACION
P-2300100-53142352-M-1085259951-20051029
03192 05301P 02 191655041

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14230099641

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1085259951 — 6. DV: 2

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Pasto 14

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 13

26. Número de Identificación: 1085259951

27. Fecha expedición: 20050810

Lugar de expedición — 28. País: COLOMBIA 169

29. Departamento: Nariño 52

30. Ciudad/Municipio: Pasto 001

31. Primer apellido: GOYES

32. Segundo apellido: RUBIO

33. Primer nombre: DANIEL

34. Otros nombres: ESTEBAN

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA 169

39. Departamento: Nariño 52

40. Ciudad/Municipio: Pasto 001

41. Dirección: MZ D CA 9 BRR ALTOS DEL CAMPO

42. Correo electrónico: dgoyes102@hotmail.com

43. Apartado aéreo:

44. Teléfono 1: 7303106

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código: 8692	47. Fecha inicio actividad: 20121126	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código:	52. Número establecimientos

Responsabilidades

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
2	0																

53. Código:

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código:

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 20130213

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

Daniel Goyes R. 1085259951 Pasto

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: CASTILLA CORTES MARIA CRISTINA JUL

985. Cargo: Gestor II

DOCUMENTO SIN COSTO

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

El Colegio "San Felipe Neri"

Aprobado por la Secretaría Municipal de Educación y Cultura,
según resolución No. 092 del 1º de Abril de 2002

Confiere a:

Daniel Esteban Goyes Rubio

T.I. Nº 870712-52440 de Pasto (N)

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes

Tomas Evelio Viteri G., C.O.
Rector

Luis Eduardo Enriquez C.
Secretario

Anotado al Libro Nº. 01 Folio Nº. 107 Acta Nº. 024
Dado en San Juan de Pasto, a 01 de Julio de 2005

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

LA

UNIVERSIDAD MARIANA

PERSONERÍA JURÍDICA, RESOLUCIÓN No. 230 DEL 25 DE MARZO DE 1970
GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO

CONFIERE EL TÍTULO DE:

TERAPEUTA OCUPACIONAL

A:

DANIEL ESTEBAN GOYES RUBIO

C.C. 1085259951 DE PASTO

EN SAN JUAN DE PASTO, A LOS VEINTISÉIS (26) DÍAS DEL MES DE ABRIL DE 2013

Hna. Amanda Lucero
RECTORA

DECANO

SECRETARIA GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO No. 182 DEL LIBRO DE REGISTRO No. 3-19343
San Juan de Pasto, 26 de abril de 2013

UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1551 del 23 de marzo de 2001

DIOS HOGAR PATRIA
UNIVERSIDAD MARIANA

EN ATENCIÓN A QUE

Daniel Esteban Goyes Rubio

C.C. 1.085.259.951 Pasto (Nariño)

EN VIRTUD DEL CONVENIO CON LA UNIVERSIDAD MARIANA DE PASTO
HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS
EXIGIDOS POR LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS
PARA OPTAR EL TÍTULO DE

Especialista en Gerencia de la Salud Ocupacional

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA
EN TESTIMONIO DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLÍN-COLOMBIA
A LOS 4 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2015.

José María Maya Mejía
Rector
Universidad CES

Hermana Amanda del Pilar Lucero Vallejo
Rectora
Universidad Mariana

Patricia Chejne Fayad
Secretaria General
Universidad CES

Oscar Valverde Riascos
Decano Facultad de Postgrados y Relaciones Internacionales
Universidad Mariana

Jorge Julián Toro Gómez
Decano Facultad de Medicina
Universidad CES

Registrado: Folio 384 Número 13352 del 04 de diciembre de 2015. Acta 13453 del 04 de diciembre de 2015. Firma:

(90)

Por la cual se otorga una Licencia de Salud Ocupacional como Persona Natural.

EL DIRECTOR DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO
En uso de sus atribuciones legales y,

CONSIDERANDO:

Que, EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO, es el Ente rector del Sistema General de Seguridad Social en el Departamento, que la Ley 1562 del 11 de julio de 2012 en su artículo 23, le asigna a las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la función de expedición, Renovación, Vigilancia y Control de las Licencias de Salud Ocupacional a personas naturales o jurídicas que oferten servicios en Salud Ocupacional.

Que, de conformidad con lo establecido en el Artículo 1 de la Ley 1562 del 2012, la Salud Ocupacional se entenderá en adelante, como "SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO"

Que el Profesional DANIEL ESTEBAN GOYES RUBIO, identificado con cédula de ciudadanía No.1.085.259.951 expedida en Pasto, Terapeuta Ocupacional de Profesión y Especialista en Gerencia de la Salud Ocupacional, solicitó el 19 de enero de 2016 Licencia en Salud Ocupacional como Persona Natural y para el efecto diligenció la Solicitud de Licencia para la Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo- Personas Naturales, Resolución 4502 Ministerio de Salud y Protección Social –Riesgos Laborales -Anexo Técnico, acreditando la formación profesional para tal efecto y allegando la documentación exigida por la ley 1562 del 2012 en concordancia con la resolución No. 004502 del 2012.

Que la Oficina de la Dimensión de Salud y Ámbito Laboral del Instituto Departamental de Salud de Nariño revisó y verifico la documentación requerida, encontrándose en orden y ajustada a derecho y confirmó los servicios que el solicitante puede prestar, emitiendo concepto favorable para expedir licencia para prestar servicios en Salud ocupacional.

Por lo anterior,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Otorgar a DANIEL ESTEBAN GOYES RUBIO, Terapeuta Ocupacional y, Especialista en Gerencia de la Salud Ocupacional, identificada con cédula de ciudadanía No.1.085.259.951 expedida en Pasto, la Licencia de Salud Ocupacional como persona natural para la Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, para ejercer en los Campos de Acción que se enuncian en el artículo Segundo de esta Resolución.

ARTICULO SEGUNDO: Los Campos de Acción Autorizados en los que pueden prestar el Profesional Especializado DANIEL ESTEBAN GOYES RUBIO son los siguientes:

1. Terapia Ocupacional en Seguridad y Salud en el Trabajo
2. Investigación en Seguridad y Salud en el Trabajo
3. Investigación del Accidente de Trabajo
4. Educación.
5. Capacitación.
6. Diseño, administración y ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

PARÁGRAFO PRIMERO: La Licencia de Salud Ocupacional otorgada al Profesional Especializado DANIEL ESTEBAN GOYES RUBIO se expide por el termino de diez (10) años, contados a partir de la ejecutoria de la presente resolución; teniendo VALIDEZ en todo el territorio nacional de conformidad con el articulo 6 de la resolución 4502 del 2012 emanada del Ministerio de Salud y Protección Social, su renovación estará sujeta a la normatividad vigente para tal efecto.

ARTICULO TERCERO: El Titular de la Licencia, queda comprometido a cumplir en el ejercicio de sus actividades con las normas legales, técnicas y éticas para la prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo, que para tal fin expidan el Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de El Trabajo

ARTICULO CUARTO: Notificar la presente Resolución a la Profesional Especializada DANIEL ESTEBAN GOYES RUBIO, de acuerdo con lo establecido en los artículos 67 y 69 de la Ley 1437 del 2011, haciéndole saber que contra ella procede el recursos de reposición ante la Directora del Instituto Departamental de Salud de Nariño dentro de los diez (10) días siguientes a su notificación, de conformidad con el artículo 76 de la ley 1437 del 2011.

ARTICULO QUINTO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su ejecutoria.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en San Juan de Pasto, a los 20 días del mes de enero de 2016

OMAR ANDRES ALVAREZ MEJIA
Director IDSN

Proyectó:		Revisó:	
FABIOLA FIGUEROA FIGUEROA Profesional Especializada Dimensión de Salud y Ámbito Laboral.		BIBIANA INES MENA CRIOLLO Subdirector de Salud Pública del IDSN	
Firma	Fecha: 19 de enero de 2016	Firma	Fecha: 20 de enero de 2016

San Juan de Pasto, febrero 13 de 2013.

CERTIFICACION

Hago constar por medio de la presente que el señor Daniel Goyes Rubio. Identificado con C.C. # 1085259951 de Pasto, fue contratado por la Pastoral Social de la Diócesis de Pasto como pasante de Terapia Ocupacional de la Universidad Mariana, para atender a niños, niñas y Jóvenes inscritos al programa de la fundación Liliane Fonds, quien cumplió cabalmente con las visitas a domicilio que estaban programadas.

MIREYA DIAZ DE ACHICANOY

C.C. # 30´706.866 de Pasto

Mediadora fundación Liliane Fonds.

EL SUSCRITO COORDINADOR DE TALENTO HUMANO DE PROFESIONALES DE LA SALUD S.A

HACE CONSTAR:

Que el señor **DANIEL ESTEBAN GOYES RUBIO**, identificado con cedula de ciudadanía número **1.085.259.951** de Pasto, labora en esta empresa por relación laboral bajo la modalidad de contrato a término fijo. Desempeñándose en el cargo como:

TERAPEUTA OCUPACIONAL en el proceso de **SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.**

- Del 18 de Febrero 2013 hasta 31 de Diciembre 2013.
- Del 01 de Enero de 2014 hasta 31 de Diciembre 2014.
- Del 01 de Enero 2015 hasta 31 de Diciembre 2015.
- Del 01 de Enero 2016 hasta 30 de Septiembre 2017.

Se expide en San Juan de Pasto a los quince (16) días del mes de Enero del año dos mil veinte (2020); a solicitud del interesado.

PROINSALUD S.A.
COORDINADOR DEL TALENTO HUMANO

PAULA MARGOTH VILLARREAL CALPA
Coordinador de Talento Humano (E)

Proyectó: William Realpe

Tavecol ltda
NIT. 814.001.627-5 - I.V.A. RÉGIMEN COMÚN

TAPETES DE ALFOMBRA Y CAUCHO
EQUIPOS DE CARRETERA
FORROS PARA TODA CLASE DE VEHÍCULOS
TAPICERÍA AUTOMOTRIZ EN CUERO

EL SUSCRITO GERENTE DE TAVECOL LTDA.

CERTIFICA:

*Que el señor **DANIEL ESTEBAN GOYES RUBIO,** identificado con cédula de ciudadanía No.1.085.259.951 de Pasto, trabajo en esta Empresa desde el 16 de Abril de 2016 hasta el dia 16 de Abril de 2017, desempeñando el cargo de coordinador de seguridad y salud en el trabajo.*

Durante este tiempo demostró ser una persona responsable en el cumplimiento de sus labores.

En constancia se firma en San Juan de Pasto, a los dieciséis (16) días del mes de Enero de 2020.

Tavecol ltda

Tavecol ltda
Dir. Calle 12 N 21-22 Av Boyaca
Tel: 7229002 Cel: 3154934197
Pasto Nariño

Jairo Martínez Meza
Representante Legal
TAVECOL LTDA

Scanned by CamScanner

Hernán Fajardo Bolaños
INGENIERO CIVIL

El suscrito Ingeniero contratista HERNAN FAJARDO BOLAÑOS identificado con cedula de ciudadanía No. 12.962.255 de Pasto

CERTIFICA:

Que el señor DANIEL ESTEBAN GOYES RUBIO, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.085.259.951 expedida en Pasto, trabajó en esta empresa desde el 16 de Enero de 2018 hasta el 20 de junio de 2019, desempeñando el cargo de Coordinador de seguridad y salud en el trabajo.

En constancia se firma en San Juan de Pasto, a los dieciséis (16) días del mes de enero del año dos mil veinte (2020).

MARIA ISABELA FAJARDO CARDONA
SUB - GERENTE

OFICINA: CALLE 19A No. 31B-27 - TELS 7311573 - 7312721 - PASTO - COLOMBIA
email: constructorafajardo@yahoo.es

constructora FAINCO S.A.S.

El suscrito representante legal de la empresa
FAINCO S.A.S
Con Nit. 900.268.571-1

CERTIFICA:

Que el señor DANIEL ESTEBAN GOYES RUBIO, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.085.259.951 expedida en Pasto, trabajó en esta empresa desde el 16 de Enero de 2018 hasta el 20 de junio de 2019, desempeñando el cargo de Coordinador de seguridad y salud en el trabajo.

En constancia se firma en San Juan de Pasto, a los dieciséis (16) días del mes de enero del año dos mil veinte (2020).

MARIA ISABELA FAJARDO CARDONA
SUB - GERENTE

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACION PROSERVCO
NIT: 814006888-3
CERTIFICA:

Que el Señor **DANIEL ESTEBAN GOYES RUBIO**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.085.259.951, suscribió con la **FUNDACIÓN DE PROFESIONALES AL SERVICIO INTEGRAL DE LA COMUNIDAD - PROSERVCO** entidad sin ánimo de lucro, domiciliada en Pasto, identificada con el NIT No. 814006888-3, representada legalmente por **MERY JHOANA PÉREZ VALLEJO** , identificada con cédula de ciudadanía No. 38.641.027 de Cali, un **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** , que se rige por lo establecido en las normas concordantes del Código Civil, por las Comerciales, realizando las siguientes actividades de:

COORDINADOR SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

FECHA DE INICIO: 1 de marzo de 2019

FECHA DE TERMINACIÓN: 30 de septiembre de 2019

EL CONTRATO SE ENCUENTRA EN EJECUCIÓN ACTUALMENTE: SI: _ NO: X

OBJETO: De acuerdo con los términos y condiciones establecidos en este contrato, EL CONTRATISTA prestó sus servicios a la entidad CONTRATANTE, realizando actividades de **COORDINADOR SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** respecto de los CDI que LA CONTRATANTE, le asignó en la jurisdicción del (los) Municipio(s) de Nariño, dentro del marco de la estrategia de Cero a Siempre, en virtud de contrato de aporte No. 125 de 2019, suscrito entre la **FUNDACION PROSERVCO** y el **ICBF**. Objeto que la contratista desarrolló bajo su absoluta responsabilidad y autonomía de conformidad con las obligaciones y disposiciones del Contrato de Prestación de Servicios suscrito, las especificaciones técnicas y condiciones fijadas por LA CONTRATANTE y además en los términos previstos en los lineamientos técnicos- administrativos, manual operativo e instrucciones establecidos por el ICBF

Que por las actividades ejecutadas por el señor **DANIEL ESTEBAN GOYES RUBIO**, la Fundación **PROSERVCO**, canceló mensualmente por concepto de honorarios la suma de **MILLON QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1.500.000,oo)** de conformidad con lo acordado entre PROSERVCO y la contratista.

Se firma la presente certificación de un contrato de prestación de servicios en San Juan de Pasto, a los diez y seis (16) días del mes de enero de 2020.

MERY JHOANA PÉREZ VALLEJO,
C.C No. 38.641.027 de Cali,
MZ 19 CASA 16B URBANIZACIÓN SUMATAMBO
Representante Legal
PROSERVCO

50 CONGRESO DE SEGURIDAD, Salud y Ambiente

XIV Encuentro Andino, Centroamericano y del Caribe
XXI JOLASEHT

CCS Consejo Colombiano de Seguridad

Certifican que

DANIEL ESTEBAN GOYES RUBIO

Participó en el

50 Congreso de Seguridad, Salud y Ambiente

Realizado los días 21, 22 y 23 de junio de 2017

con una intensidad de 24 horas en la ciudad de Bogotá, Colombia

Adriana Solano Luque
Presidenta Ejecutiva
Consejo Colombiano de Seguridad
Presidenta XXI JOLASEHT

50 CONGRESO DE SEGURIDAD, Salud y Ambiente

XIV Encuentro Andino, Centroamericano y del Caribe
XXI JOLASEHT

CCS Consejo Colombiano de Seguridad

Certifican que

DANIEL ESTEBAN GOYES RUBIO

Participó en los seminarios del

50 Congreso de Seguridad, Salud y Ambiente

Estándares mínimos : Herramienta estratégica para la revisión del SG-SST
Diseño de matriz de identificación de requisitos legales y análisis de cumplimiento
Auditorías de prevención: herramienta eficaz para mejorar la seguridad y salud en las organizaciones
Gestión del riesgo: un requisito de ISO 9001- ISO 14001 Versión 2015
4 disciplinas de la ejecución efectiva en la salud laboral

Realizados los días 21, 22 y 23 de junio de 2017 en la ciudad de Bogotá, Colombia

Adriana Solano Luque
Presidenta Ejecutiva
Consejo Colombiano de Seguridad
Presidenta XXI JOLASEHT



COLPATRIA
ARL

CERTIFICA QUE

DANIEL GOYES

con C.C. No 1.085.259.951

Asistió al seminario - taller

ACTUALIZACION EN LEGISLACION LABORAL

El día 23 OCTUBRE de 2014 con una intensidad de 7 horas

ALBA PAOLA DAZA PARRA
Vicepresidente de Producto
A.R.L. COLPATRIA

CONFERENCISTA



UNIVERSIDAD MARIANA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE TERAPIA OCUPACIONAL

Certifica que:

DANIEL ESTEBAN GOYES RUBIO

Asistió al

III ENCUENTRO INTERDISCIPLINAR DE DISCAPACIDAD

LA GLOBALIZACIÓN
"UN MUNDO DE EXPECTATIVAS OCUPACIONALES"

San Juan de Pasto, 14 de noviembre de 2008

Esp. Rosario Rosales Jiménez
Decana Facultad Ciencias de la Salud

Esp. Mayelly Tibaduiza García
Directora Programa Terapia Ocupacional

PROFESIONALES DE LA SALUD S.A.

PROINSALUD S.A.

NIT 800176807-4

Proinsalud s.a.

CERTIFICA

Que:

DANIEL GOYES RUBIO

Identificad@ con c.c. 1085259951

Asistió y aprobó el curso como instructor en conceptos básicos sobre:

BRIGADAS DE EMERGENCIAS

Con intensidad de 32 horas teórico-prácticas

RICARDO CABRERA
Gerente General

JAIME DELGADO
Coord. Brigada de Emergencia

FRANCISCO ROSERO
Instructor

San Juan de Pasto, Abril 26 de 2013

Norma ISO 9001- CAP 6.2.2

UNIVERSIDAD MARIANA

40 AÑOS

Construyendo Virtud y Saber

UNIVERSIDAD MARIANA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA TERAPIA OCUPACIONAL



CERTIFICA QUE

DANIEL ESTEBAN GOYES RUBIO
ASISTENTE

Asistió al

II ENCUENTRO INTERDISCIPLINAR DE DISCAPACIDAD E INCLUSIÓN SOCIAL

DERECHOS Y PARTICIPACION

"Buscando una sociedad para tod@s"

San Juan de Pasto, 14 y 15 de Noviembre de 2007



Mg. LUIS ALFREDO GUERRERO T.
Vicerrector Académico

Esp. MAYELLY TIBADUIZA G.
Directora Programa Terapia Ocupacional

LA EMPRESA FUNDACIÓN DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL FUNPERS

CERTIFICA

Que el colaborador DANIEL ESTEBAN GOYES RUBIO identificado con cedula de ciudadanía N° 1.085.259.951, fue designado como representante de Seguridad y Salud en el Trabajo, cumpliendo con el perfil establecido en la Resolución 0312 de 2019 del Ministerio de Trabajo, así mismo es quien garantizara el cumplimiento de la normatividad vigente y obligaciones contractuales establecidas en el contrato 091 del 1 de abril del año 2020.

La presente se expide en Pasto, a los 1 días del mes de abril del 2020.

DANIEL GOYES RUBIO
Coordinador SST
FUNPERS

PÚBLICA

Fecha: 03/04/20	**Lugar:** Vía digital.	**Hora:** 8:00 am

Objetivo:
Inducción e introducción a talento humano sobre Accidentes de Trabajo, Enfermedad Laboral y Factores de Riesgo a los cuales se encuentran expuestos, a través de video formativo compartido con todo el talento humano del contrato 091 – 2020.

	AGENDA	RESPONSABLE
1	Presentación y saludo inicial.	Daniel Goyes Rubio
2	Información teórica acerca del Accidente de Trabajo.	Daniel Goyes Rubio
3	Información teórica acerca de la Enfermedad Laboral.	Daniel Goyes Rubio
4	Factores de Riesgo GTC-45	Daniel Goyes Rubio
5	Política de Seguridad y Salud en el Trabajo	Daniel Goyes Rubio

DESARROLLO Y CONCLUSIONES:

Temas tratados		
1	El desarrollo de le capacitación inicia con la presentación del profesional a cargo de la temática, en donde se da a conocer la metodología a utilizar y cuánto tiempo va a durar, posteriormente se da las recomendaciones necesarias para que la jornada sea del mayor ´provecho, en donde el objetivo principal es aprender y divulgar o compartir lo aprendido con los demás compañeros, padres de familia, comunidad y usuarios.	
2	LEY 1562 del 11 de julio del 2012. Art.3: Definición de Accidente de Trabajo. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, la invalidez o la muerte. Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aun por fuera del lugar y horas de trabajo. Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador. También se considerará como accidente de trabajo el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical, aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se dé cumpliendo con dicha función. De igual forma se considera accidente de trabajo el que se produzca por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales cuando se actué por	

	cuenta del empleador o de la empresa usuaria cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión. Tanto el trabajador como la empresa contarán con 2 días hábiles consiguientes al accidente para reportarlo ante la aseguradora de riegos laborales. Los beneficios económicos y asistenciales que se deriven de un Accidente de Trabajo están contemplados por la norma, por lo cual es importante que los trabajadores conozcan sobre los derechos y también deberes en el área de riesgos laborales.		
3	Art.4: Es enfermedad laboral la contraída como resultado a la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o al medio en que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.		
4	GTC-45 Peligros a los cuales se encuentran expuestos los trabajadores: Es importante identificar los peligros de exposición en los lugares de trabajo los cuales se pueden materializar en Accidentes o en Enfermedades, esta clasificación se divide en peligros Físicos derivados de factores de riesgo de iluminación, temperatura, vibraciones y radiaciones tanto ionizantes como no ionizantes, el peligro Biomecánicos se divide en factores de riesgo por posturas permanentes e incomodas, levantamiento de cargas, movimientos repetitivos, y ergonómico de acuerdo a medidas antropometricascon respecto a los puestos de trabajo, el peligro de Condiciones de Seguridad se divide en locativo, mecánico, eléctrico, incendio y explosión, trabajo en alturas y espacios confinados, el peligro Químico con respecto a las sustancias químicas que se manejan dentro de las unidades, el peligro Psicosocial derivado de los factores de riesgo de contenido de la tarea, monotonía, manejo de información de alta importancia y acoso laboral y encontramos el peligro Biológico el cual se divide en origen animal y vegetal por parásitos, virus, hongos y cualquier tipo de contaminación que afecte al trabajador. En seguida se da a conocer a los trabajadores el compromiso de la empresa FUNPERS y el ICBF, en velar por el bienestar físico y mental de todos, promoviendo la salud y minimizando los factores de riesgo con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencias de accidentes de trabajo y la adquisición de enfermedades laborales.		
5	POLITICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ICBF En el ICBF estamos comprometidos con la seguridad y salud en el trabajo a nivel nacional, regional, zonal, unidades de servicios y subcontratistas, encaminados en la prevención y disminución de incidentes, accidentes, lesiones, enfermedades laborales a través de la identificación de peligros, valoración de riesgos, determinación de controles, identificación de amenazas y preparación y respuesta ante emergencias y contingencias, respondiendo a las necesidades de nuestros colaboradores y partes interesadas, así como los requisitos legales aplicables y otros que suscriba la entidad, contribuyendo a la mejora continua en la gestión y desempeño del sistema. Es un compromiso de la Alta Dirección		

	respaldar el SG-SST y asignar los recursos necesarios para propiciar un ambiente de trabajo sano y seguro para nuestros colaboradores.	

CONCLUSIONES: Al finalizar la actividad, se dan recomendaciones y se concluye con la jornada dando un parte muy positivo ya que se alcanzó el propósito y se logró la divulgación a todo el talento humano, se recomienda continuar con la preparación y aprendizaje continuo promoviendo el autocuidado para evitar la materialización de los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales.

COMPROMISOS:

En la reunión se establecieron los siguientes compromisos:

N°	COMPROMISOS	RESPONSABLE	INICIA	TERMINA
1	Identificar e informar los factores de riesgo a los cuales se encuentran expuestos en los lugares de trabajo.	Todos los asistentes	3/04/20	28/05/20

FECHA DE PRÓXIMA REUNIÓN/CAPACITACIÓN: Mayo 2020

RESPONSABLE DE LEVANTAR EL ACTA

DANIEL GOYES RUBIO
Coordinador SST

Evidencias



Figura 1. Video compartido de inducción SST con talento humano contrato 091-2020.

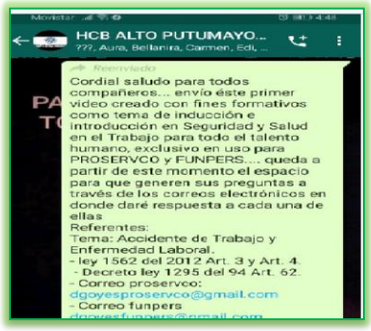


Figura 2. Video compartido de inducción SST con talento humano contrato 091-2020.



Figura 3. Video compartido de inducción SST con talento humano contrato 091-2020.

FUNPERS	**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO FUNPERS**	BIENESTAR FAMILIAR
	MATRIZ ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	

ESPECIFICACIONES ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Item N°	Imagen EPP	Nombre del Elemento de Protección	Descripción (Material y usos)	Detalle	Norma Aplicable para EPP	Observaciones
1		Guantes	*Material: Latex *Usos: para labores diversas como limpieza y lavado de objetos.	Calibre 35 manga, larga.12 pulgadas de largo. Color Negro, Verde, Amarillo o rojo	NTC 1523 EN 397 , EN 12492 - ANSI Z89.1 - 2003 OSHA 29 CFR, CSA Z94.1- M1993	Cambiar cuando se rompan
2		Gorro quirúrgico.	*Material: *Usos: Evita contacto de microorganismos en zonas que deban permanecer estériles		NTC 1523 EN 397, EN 12492 - ANSI Z89.1 - 2003 OSHA 29 CFR, CSA Z94.1- M1993	Debe cubrir completamente toda la cabeza de forma que pueda recoger y tapar todo el cabello. Es preferible que la confección sea de un material desechable e impermeable. Se debe utilizar durante la atención en el servicio de alimentación.

3		Guante de Vinilo para examinación, NO esteril, de un solo Uso y libre de polvo.	*Material: Los guantes desechables Vinilo HANDELMED son los de calidad Premium po lo cual tiene mayor resistencia al desgarro, al pinzamiento y corrosión. No es toxico *Usos: Diseño anatómico está pensado para que su uso sea cómodo y ergonómico y ambidiestro de un solo uso.	Material: vinilo. Color: transparente. Tallas: S.M.L. Gramaje: 4,5 Grs. Registro Sanitario: 2014DM-0011540. Marca HANDELMED.	NTC 1523 EN 397, EN 12492 - ANSI Z89.1 - 2003 OSHA 29 CFR, CSA Z94.1- M1993	Cubren hasta las muñecas y la mano totalmente, con la finalidad de aislar la piel para evitar el contacto con fluidos.
4		Delantal plastico	*Tejido de rizo plastificado por el reverso, sin bolsillos. Utilizacion en manipulacion de alimentos para evitar el contacto con fluidos	Esta prenda se utiliza por razones de seguridad y para aislar la ropa de posibles desgastes y desgarros.	NTC 1523 EN 397 , EN 12492 - ANSI Z89.1 - 2003	Debe ser un producto resistente, lavable en cada uso, material que sea cómodo mientras trabajan, logrando el equilibrio perfecto entre la maestría, el confort y el diseño más funcional.
5		Sueco antideslizante	zapatos perfectos para trabajar en cocina y servicios generales, seguro por su suela antideslizante. Cuando este expuesto a humedad en actividades de aseo	Color: blanco Tallas: todas Material: caucho lavable	NTC 1523 EN 397 , EN 12492 - ANSI Z89.1 - 2003	Lavables y respirables

6		CARETA FACIAL PROTECTORA DE ACETATO	Polietileno virgen (PEBD), espesor 300 micras, visera de acetato trasparente espesor 2.5mm, 100% tranasparente.	Viseras de color blanco o azul	NTC 1523 EN 397 , EN 12492 - ANSI Z89.1 - 2003	Cambiar el producto cuando se dañe.
7		Protectores nasobucales.	Composición: 80% PVC, 20% poliéster	Capa externa: (frente al paciente) PP I 6g/m2 • Capa central: filtro media PP 20g/m2 • Capa Interior (frente a la piel) PET 25g/m2 • Tira Elástica: libre de látex	NTC 1523 EN 397 , EN 12492 - ANSI Z89.1 - 2003 OSHA 29 CFR, CSA Z94.1- M1993	Preferiblemente desechable, de material impermeable, que permitan su adaptación al tabique nasal y de un tamaño adecuado que cubra la nariz y la boca del usuario.

NOTA: las imágenes de los EPP son solo una demostración de su posible aspecto, estos podrían variar de acuerdo a los fabricantes.

IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.
NIT:900219717-9

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL
RESOLUCION N°270 DE 2018

NOMBRE DE LA EMPRESA : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 28 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : MARIA JESUSA MOJOMBOY MOJOMBOY

CC N°: 41.181.329 DE SANTIAGO PUTUMAYO	**EDAD**: 53 AÑOS	**SEXO**: M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 3 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL: NIEGA A LA FECHA.** **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: 0 RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: NUEVA EPS** **HORARIO LABORAL 8 AM 4 PM.**	**CELULAR:** 3103230861	F X ☐

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☐	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X					
EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐		TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐	
OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)					
DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)					

RESULTADOS DE VALORACION

1. *APTO PARA EL INGRESO* ☑
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☐

5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

RESTRICCIONES

NIENGUNA

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 53 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , NO ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERA CON SUS ACTIVIDADES LABORALES, MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 100/60 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 45 AVOI 20/ 55 SIN CORRECCION, CON PETRIGION GRADO 2/3 VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA, , SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO SE SUGIERE CONTROL CON OFTALMOLOGIA . APTO PARA EL INGRESO CON RESTRICCIONES.

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra: Claudia Inés Quiroz B.
CEL. 3156114811

FIRMA DEL TRABAJADOR

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

Prevenir Sibundoy E.U.	**IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.** **NIT:900219717-9** **CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL** **RESOLUCION N°270 DE 2018**

NOMBRE DE LA EMPRESA : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 22 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : CARMEN DEL PILAR PEJENDINO		
CC N°: 27.472.982 DE COLON PUTUMAYO	**EDAD**: 46 AÑOS	**SEXO:** M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 3 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL**: NIEGA **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: 0 RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: MEDIMAS** **HORARIO LABORAL. 8 AM 4 PM.**	**CELULAR**: 3213074963	F X ☒

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☒	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X					
EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐		TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐	
OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)					
DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)					

RESULTADOS DE VALORACION

1. *APTO PARA EL INGRESO* X ☒
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☐
5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 48 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , NO ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERA CON SUS ACTIVIDADES LABORALES.. MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 115/70 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 20 AVOI 20/45 SIN CORRECCION PETRIGION GRADO 1/3 OJO IZQEUIRDO , VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA, SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO VALORACION POR OFTALMOLOGIA POR LA EPS, POR PETRIGION GRADO 1/3 OJOIZQEUIRDO. EVITAR LAS SITUACIONES QUE LE GENEREN ESTRESS. APTO PARA EL INGRESO .

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra. Claudia Inés Quiroz B.
CEL. 3156114811
REGISTRO MEDICO 23/86

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC N°

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

Prevenir Sibundoy E.U.	**IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.** **NIT:900219717-9** **CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL** **RESOLUCION N°270 DE 2018**

NOMBRE DE LA EMPRESA : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 22 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : EDY NANCY PEJENDINO VALLEJO		
CC N°: 27.472.716 DE COLON PUTUMAYO	**EDAD**: 51 AÑOS	**SEXO:** M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 2 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL**: NIEGA **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: A RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: MEDIMAS** **HORARIO LABORAL. 8 AM 4 PM.**	**CELULAR**: 3135028971	F X ☒

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☒	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X					
EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐		TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐	
OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)					
DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)					

RESULTADOS DE VALORACION

1. *APTO PARA EL INGRESO* X ☑
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☐
5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 51 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , NO ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERA CON SUS ACTIVIDADES LABORALES.. MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 110/60 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 40 AVOI 20/25 SIN CORRECCION , PETRIGION RADO 2/3 OI VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA, , SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO, SUGIERO ACUDIR MEDICO EPS PARA VALORACION POR OPTOMETRIA . APTO PARA EL INGRESO CON RECOMENDACIONES.

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra: Claudia mile Quiroz B.
CEL. 3156114811
REGISTRO MEDICO 23/86

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC N°

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

Prevenir Sibundoy E.U.	**IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.** **NIT:900219717-9** **CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL** **RESOLUCION N°270 DE 2018**

NOMBRE DE LA EMPRESA : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 29 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : MARIA FATIMA JAMIOY		
CC N°: 41.182.877 DE SIBUNDOY PUTUMAYO	**EDAD:** 38 AÑOS	**SEXO:** M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 11 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL:** NIEGA **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: O RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: MEDIMAS** **HORARIO LABORAL 8 AM 4 PM.**	**CELULAR:** 3165660279	F X ☐

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☐	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X					
EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐		TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐	
OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)					
DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)					

RESULTADOS DE VALORACION

1. *APTO PARA EL INGRESO* X ☒
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☐
5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 38 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , NO ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERE CON SUS ACTIVIDADES LABORALES MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 120/80 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 35 AVOI 20/20 SIN CORRECCION , VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA, A NIVEL DE LAS EXTREMIDADES INFIORES PRESENTA CUADRO DE EDEMA Y ARTROSIS LEVE , SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO . **APTO PARA EL INGRESO .**

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra. Claudia Milena Quiroz B.
CEL. 3156114811
REGISTRO MEDICO 23/86

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC N°

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.
NIT:900219717-9

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL
RESOLUCION N°270 DE 2018

NOMBRE DE LA EMPRESA : : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 23 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS :GLADIS ESPERANZA CUATINDIOY

CC N°: 27.470.719 DE SANTIAGO PUTUMAYO	**EDAD**: 39 AÑOS	**SEXO:** M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 3 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL:** NIEGA **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: 0 RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: NUEVA EPS** **HORARIO LABORAL. 8 AM 4 PM.**	**CELULAR:** 3204854086	F X ☐

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☐	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	

VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X

EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐	TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐

OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)

DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)

RESULTADOS DE VALORACION

1. *APTO PARA EL INGRESO* ☒ 5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
2. APLAZADO ☐ 6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☐

RESTRICCIONES

ANTECEDENTE DE MORTINATO RECIENTE..

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 39 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , NO ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERE CON SUS ACTIVIDADES LABORALES, MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 140/70 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 45 AVOI 20/25 SIN CORRECCION,, VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO CON LEVE ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA, SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO , **APTO PARA EL INGRESO, CUMPLE CON LOS CRITERIOS CLINICOS PARA EL CARGO.**

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra: Claudia Vale Quiroz B.
CEL. 3156114811
REGISTRO MEDICO 23/86

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC N°

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.
NIT:900219717-9

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL
RESOLUCION N°270 DE 2018

NOMBRE DE LA EMPRESA : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 24 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : IRMA BURBANO		
CC N°: 27.284.719 DE FLORIDA NARIÑO	**EDAD**: 62 AÑOS	**SEXO**: M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 12 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL**: NIEGA **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: 0 RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: MEDIMAS** **HORARIO LABORAL 8 AM 4 PM.**	**CELULAR**: 3218584300	F X ☐

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☐	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X					
EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐		TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐	
OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)					
DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)					

RESULTADOS DE VALORACION

1. *APTO PARA EL INGRESO* X ☒
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☐
5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 51 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , NO ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERA CON SUS ACTIVIDADES LABORALES.. MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 100/60 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 20 AVOI 20/25 SIN CORRECCION , VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA, SE RECOMENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO ,.SUGIERO ACUDIR MEDICO EPS PARA VALORACION POR OPTOMETRIA APTO PARA EL INGRESO CON RECOMENDACIONES..

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra: Claudia Inés Quiroz B.
CEL. 3156114811
REGISTRO MEDICO 23/86

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC N°

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.
NIT:900219717-9

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL
RESOLUCION N°270 DE 2018

NOMBRE DE LA EMPRESA : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 28 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : LIGIA DEL SOCORRO RAMOS

CC N°:41.181.449 DE SIBUNDOY PUTUMAYO	**EDAD:** 48 AÑOS	**SEXO:** M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 3 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL:** NIEGA **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: O RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: MEDIMAS** **HORARIO LABORAL. 8 AM 4 PM.**	**CELULAR:** 3235006071	F X ☒

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☐	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X					
EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐		TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐	
OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)					
DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)					

RESULTADOS DE VALORACION

1. *APTO PARA EL INGRESO* ☐
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☒

5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
6. DROGAS DE ABUSO : POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 48 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , NO ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERA CON SUS ACTIVIDADES LABORALES.. MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 125/70 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 20 AVOI 20/45 SIN CORRECCION PETRIGION GRADO 1/3 OJO IZQEUIRDO , VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA, SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO VALORACION POR OPTOMETRIA POR LA EPS. . APTO PARA EL INGRESO .

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra. Claudia Nile Quiroz B.
CEL. 3156114811
REGISTRO MEDICO 23/86

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC N°

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

Prevenir Sibundoy E.U.	**IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.** **NIT:900219717-9** **CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL** **RESOLUCION N°270 DE 2018**

NOMBRE DE LA EMPRESA : : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 23 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : LUCIA ESPERANZA MOJOMBOY

CC N°: 27.470.687 DE SANTIAGO PUTUMAYO	**EDAD:** 39 AÑOS	**SEXO:** M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 3 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL:** NIEGA **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: 0 RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: NUEVA EPS** **HORARIO LABORAL 8 AM 4 PM.**	**CELULAR:** 3138511550	F X ☐

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☐	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X					
EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐		TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐	
OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)					
DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)					

RESULTADOS DE VALORACION

1. *APTO PARA EL INGRESO* ☒
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☐
5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 39 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , NO ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERA CON SUS ACTIVIDADES LABORALES, MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 120/70 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 20 AVOI 20/25 CON CORRECCION, PTERIGION OJO IZQEUIRDO , VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA, SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO , SE RECOMIENDA VALORACION POR OFTALMOLOGIA POR EPS. APTO PARA EL INGRESO .

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra: Claudia Inés Quiroz B.
CEL. 3156114811
REGISTRO MEDICO 23/86

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC N°

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

Prevenir Sibundoy E.U.	**IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.** **NIT:900219717-9** **CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL** **RESOLUCION N°270 DE 2018**

NOMBRE DE LA EMPRESA : : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 27 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : LUZ MARINA AGREDA

CC N°: 41.182.591 DE SIBUNDOY PUTUMAYO	**EDAD:** 42 AÑOS	**SEXO:** M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 15 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL:** NIEGA **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: 0 RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: MEDIMAS** **HORARIO LABORAL 8 AM 4 PM.**	**CELULAR:** 3205319893	F X ☐

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☐	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X					
EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐		TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐	
OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)					
DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)					

RESULTADOS DE VALORACION

1. *APTO PARA EL INGRESO* X ☐
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☐

5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 42 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , NO ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERA CON SUS ACTIVIDADES LABORALES.. MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 110/60 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 20 AVOI 20/25 SIN CORRECCION , VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO ,SUGIERO ACUDIR MEDICO EPS PARA VALORACION POR OPTOMETRIA . APTO PARA EL INGRESO CON RECOMENDACIONES..

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra: Sibundoy Nole Quiroz B.
CEL. 3156114811
REGISTRO MEDICO 23/86

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC N°

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.
NIT:900219717-9

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL
RESOLUCION N°270 DE 2018

NOMBRE DE LA EMPRESA : FUNPERS NIT900631966-1	FECHA 23 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : LUZ MARIA CHICUNQUE

CC N°: 41.181.370 DE SIBUNDOY PUTUMAYO	**EDAD**: 51 AÑOS	**SEXO**: M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 3 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL:** NIEGA **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: A RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: MEDIMAS** **HORARIO LABORAL. 8 AM 4 PM.**	**CELULAR**: 3115683686	F X ☐

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☐	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X					
EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐		TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐	
OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)					
DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)					

RESULTADOS DE VALORACION

1. *APTO PARA EL INGRESO* X ☐
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☐

5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 51 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , NO ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERA CON SUS ACTIVIDADES LABORALES.. MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 120/70 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 20 AVOI 20/20 SIN CORRECCION , VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA, SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO .. APTO PARA EL INGRESO , CUMPLE CON LOS CRITERIOS MEDICOS PARA EL CARGO.

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra: Claudia mile Arroz B.
CEL. 3156114811
REGISTRO MEDICO 23/86

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC N°

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.
NIT:900219717-9

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL
RESOLUCION N°270 DE 2018

NOMBRE DE LA EMPRESA : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 28 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : LUZ MARINA CHICUNQUE

CC N°: 41.181.370 DE SIBUNDOY PUTUMAYO	**EDAD:** 51 AÑOS	**SEXO:** M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 9 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL:** NIEGA **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: 0 RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: MEDIMAS** **HORARIO LABORAL 8 AM 4 PM.**	**CELULAR:** 3136348097	F X ☒

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☐	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X					
EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐		TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐	
OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)					
DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)					

RESULTADOS DE VALORACION

1. *APTO PARA EL INGRESO* ☐
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☒

5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

RESTRICCIONES

EVITAR CARGA PESADA

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 51 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERE CON SUS ACTIVIDADES LABORALES COMO LA MIGRAÑA YLUMBAGOS AGUDOS . MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 110/70 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: **REPORTA AVOD 20/ 30 AVOI 20/20** CON CORRECCION , VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA, A NIVEL DE LA REGION LUMBO SACRA SE EVIDENCIA ESPASMO MUSCULAR LEVE , SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO , VALORCION POR MEDICO POR ESPASMO MUSCULAR . **APTO PARA EL INGRESO CON LAS RECOMENDACIONES MENCIONADAS.**

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra: Claudia Milé Quiroz B.
CEL. 3156114811
REGISTRO MEDICO 23/86

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC N°

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.
NIT:900219717-9

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL
RESOLUCION N°270 DE 2018

NOMBRE DE LA EMPRESA : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 21 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : MARIA BELLANIRA LOPEZ

CC N°: 41.180.356 DE SIBUNDOY PUTUMAYO	**EDAD**: 64 AÑOS	**SEXO:** M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 3 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL:** NIEGA **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: A RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: MEDIMAS** **HORARIO LABORAL. 8 AM 4 PM.**	**CELULAR:** 3132929304	F X ☐

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☐	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	

VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X

EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐	TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐

OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)

DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)

RESULTADOS DE VALORACION

1. *APTO PARA EL INGRESO* ☐
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☒
5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
6. DROGAS DE ABUSO, POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

RESTRICCIONES

Evitar la carga pesada en lo posible , se recomienda pausas activas.

RECOMENDACIONES

Trabajador de 64 años quien acude a su examen laboral ingreso , niega accidentes de trabajo , Actualmente no asocia patologia de origen general que interfiera con sus actividades laborales, Manejando tension arterial de 100 /70 brazo derecho e izquierdo , actualmente su prueba visiometria: reporta avod 20/ 20 avoi 20/45 con correccion , vision de profundidad sin alteracion , campimetria y discriminacion de colores no evidencia anormalidad , pruebas para equilibrio estatico sin alteracion, al examen osteomuscular se evidencia alteracion en la fuerza trofismo y sensibilidad a nivel de la columna lumbo sacra, reflejos osteotendinosos sin alteracion, fuerza conservada, se recomienda higiene postural pausas activas y puesto de trabajo ergonómico, ademas se recomienda evitar levantar cargas superiores a 5 kgs, evitar actividades que requierean flexoextension y rotacion del tronco, evitar movimientos repetitivos y posturas prolongadas de pie sentada agachada, subir y bajar gradas, utiles las pausas activas cada 30 minutos . (se anexa soporte de resonancia magnetica y valoracion y valoracion por ortopedia) **apto para el ingreso con recomendaciones al cargar niños, la trabajadora refiere que se siente mucho mejor luego de la terapia fisica que ya se le realizo.**

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra: Claudia mile Quiroz B.

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.
NIT:900219717-9

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL
RESOLUCION N°270 DE 2018

NOMBRE DE LA EMPRESA : FUNPERS NIT900631966-1	FECHA 22 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : MARIA DE LOS ANGELES BURBANO

CC N°:1.124.314.504 DE COLON PUTUMAYO	**EDAD**: 28 AÑOS	**SEXO:** M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 1 MES **FECHA DEL EVENTO ATEL:** NIEGA **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: 0 RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: EMSSANAR** **HORARIO LABORAL 8 AM 4 PM.**	**CELULAR:** 3136573152	F X ☒

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☐	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	

VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X

EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐	TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐

OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)

DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)

RESULTADOS DE VALORACION

1. *APTO PARA EL INGRESO* X ☐
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☐
5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 28 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , NO ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERA CON SUS ACTIVIDADES LABORALES.. MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 120/60 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 20 AVOI 20/20 SIN CORRECCION , VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA, SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO .. APTO PARA EL INGRESO .

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra: Claudia Núle Quiroz B.
CEL. 3156114811
REGISTRO MEDICO 23/86

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC N°

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.
NIT:900219717-9

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL
RESOLUCION N°270 DE 2018

NOMBRE DE LA EMPRESA : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 27 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : MARIA DEL CARMEN TAQUEZ YTUYÁ

CC N°: 27.469.213 DE SANTIAGO PUTUMAYO	**EDAD:** 75 AÑOS	**SEXO:** M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 3 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL:** NIEGA **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: 0 RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: NUEVA EPS** **HORARIO LABORAL. 8 AM 4 PM.**	**CELULAR:** 3127110241	F X ☒

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☑	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X					
EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐		TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐	
OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)					
DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)					

RESULTADOS DE VALORACION

1. ***APTO PARA EL INGRESO*** ☐ 5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐ 6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☒

RESTRICCIONES

CARGA PESADA

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 75 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERE CON SUS ACTIVIDADES LABORALES DE MANERA LEVE, PADECE ARTROSIS DEGENERATIVA, MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 130/80 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 45 AVOI 20/25 SIN CORRECCION,PTRIGION GRADO 2/3 OJO IZQEUIRDO VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA, DEFORMIDAD EN MANOS, SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO , SE SUGIERE MEDICO DE EPS HAGA CONTROL DE SU ARTROSIS RODILLAS CONDROSQUIDO . APTO PARA EL INGRESO CON RECOMENDACONES.

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra: Claudia Milena Quiroz B.
CEL. 3156114811
REGISTRO MEDICO 23/86

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC N°

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

Prevenir Sibundoy E.U.	**IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.** **NIT:900219717-9** **CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL** **RESOLUCION N°270 DE 2018**

NOMBRE DE LA EMPRESA : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 24 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : MARIA HILDA ARTEAGA

CC N°: 27.469.809 DE SANTIAGO PUTUMAYO	**EDAD:** 66 AÑOS	**SEXO:** M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 3 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL:** NIEGA **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: 0 RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: MEDIMAS** **HORARIO LABORAL 8 AM 4 PM.**	**CELULAR:** 3122737055	F X ☒

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☐	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X					
EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐		TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐	
OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)					
DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)					

RESULTADOS DE VALORACION

1. ***APTO PARA EL INGRESO*** ☐
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES X ☒

5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 66 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , NO ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERA CON SUS ACTIVIDADES LABORALES, MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 130/90 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 45 AVOI 20/45 SIN CORRECCION,, VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA, SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO , SE RECOMNIENDA VALORACION POR OPTOMETRIA, Y OFTAKMOLOGIA POR LA EPS , TRABAJADORA CON TINNITUS IZQEUIRDO , REQUIERE VALORACION POR ESPECIALISTA EN OTORRINO. **APTO PARA EL INGRESO CON RECOMENDACIONES.**

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Drá: Claudia Milo Quiroz B.
CEL. 3156114811

FIRMA DEL TRABAJADOR

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

Prevenir Sibundoy E.U.	**IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.** **NIT:900219717-9** **CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL** **RESOLUCION N°270 DE 2018**

NOMBRE DE LA EMPRESA : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 24 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : YOLANDA DEL CARMEN AGREDA		
CC N°: 27.470.688 DE SANTIAGO PUTUMAYO	**EDAD**: 39 AÑOS	**SEXO**: M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 3 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL:** NIEGA **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: B RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: MEDIMAS** **HORARIO LABORAL. 8 AM 4 PM.**	**CELULAR**: 3203811502	F X ☐

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☐	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X					
EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐		TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐	
OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)					
DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)					

RESULTADOS DE VALORACION

1. *APTO PARA EL INGRESO* ☒
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☐
5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 39 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , NO ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERA CON SUS ACTIVIDADES LABORALES, MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 110/70 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 20 AVOI 20/25 CON CORRECCION, VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION, CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA, SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO , **APTO PARA EL INGRESO**.

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra: Claudia Milé Quiroz
CEL. 3156114811
REGISTRO MEDICO 23/86

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC N°

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.
NIT:900219717-9

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL
RESOLUCION N°270 DE 2018

NOMBRE DE LA EMPRESA : : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 27 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : MARIA ISABEL CORDOBA

CC N°: 27.469.431 DE SANTIAGO PUTUMAYO	**EDAD**: 62 AÑOS	**SEXO:** M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 3 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL:** HACE UN AÑO 9 ENERO, PERO NO FUE TOMADO COMO ACCIDENTE PORQUE NO HABIA INICIADO LABORES. **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: 0 RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: MEDIMAS** **HORARIO LABORAL 8 AM 4 PM.**	**CELULAR:** 3184406448	F X ☒

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☒	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	

VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X

EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐	TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐

OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)

DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)

RESULTADOS DE VALORACION

1. ***APTO PARA EL INGRESO*** ☐
2. APTO CON RESTRICCIONES ☒
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☐

5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

RESTRICCIONES

CARGA PESADA , EVITAR CARGAR NIÑOS CON FRECUENCIA.

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 62 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , NO ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERA CON SUS ACTIVIDADES LABORALES, MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 100/60 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 45 AVOI 20/ 35 SIN CORRECCION, , VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA, **BRAZO DERECHO CON MODERADA LIMITACION EN LA ABDUCCION DEL HOMBRO, HAY DOLOR ,** SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO , SE SUGIERE CONTROL CON ORTOPEDIA, APTO PARA EL INGRESO CON RESTRICCIONES.

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra: Claudia Viile Quiroz E.
CEL. 3156114811

FIRMA DEL TRABAJADOR

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.
NIT:900219717-9

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL
RESOLUCION N°270 DE 2018

NOMBRE DE LA EMPRESA : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 29 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : MIRIAM DEL ROSARIO JACANAMEJOY

CC N°: 41.180.946 DE SIBUNDOY PUTUMAYO	**EDAD:** 55 AÑOS	**SEXO:** M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 3 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL:** NIEGA **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: 0 RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: MEDIMAS** **HORARIO LABORAL. 8 AM 4 PM.**	**CELULAR:** 3172175098	F X ☒

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☒	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	

VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X

EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐	TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐

OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)

DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)

RESULTADOS DE VALORACION

1. *APTO PARA EL INGRESO* ☐
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☒

5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 55 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , NO ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERE CON SUS ACTIVIDADES. MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 120/80 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 50 AVOI 20/50 SIN CORRECCION , VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA, SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO , VALORCION POR MEDICO POR HIPERTENSION ARTERIAL, EXAMEN VISUAL CON ALTERACION , SE RECOMIEDA VALORACION POR OPTOMETRIA. APTO PARA EL INGRESO CON LAS RECOMENDACIONES MENCIONADAS.

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra. Claudia Milena Muñoz B.
CEL. 3156114811
REGISTRO MEDICO 23/86

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC N°

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.
NIT:900219717-9

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL
RESOLUCION N°270 DE 2018

NOMBRE DE LA EMPRESA : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 28 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : NATIVIDAD CHINDOY

CC N°: 41.180.593 DE SIBUNDOY PUTUMAYO	**EDAD:** 62 AÑOS	**SEXO:** M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 3 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL:** NIEGA **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: 0 RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: MEDIMAS** **HORARIO LABORAL 8 AM 4 PM.**	**CELULAR:** 3213112641	F X ☒

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☒	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X					
EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐		TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐	
OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)					
DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)					

RESULTADOS DE VALORACION

1. *APTO PARA EL INGRESO* ☐ ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ EGATIVO ☐
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐ 6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
3. NO APTO ☐
4. **APTO CON RECOMENDACIONES** ☒

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 51 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERE CON SUS ACTIVIDADES LABORALES COMO LA MIGRAÑA YLUMBAGOS AGUDOS . MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 120/70 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA **VISIOMETRIA:** REPORTA AVOD 20/ 35 AVOI 20/45 SIN CORRECCION , VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL **EXAMEN OSTEOMUSCULAR** NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACIÓN, FUERZA CONSERVADA, , SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO , SUGIERO ACUDIR MEDICO EPS PARA VALORACION POR OPTOMETRIA . APTO PARA EL INGRESO CON RECOMENDACIONES..

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra: Claudia mile Quiroz B.
CEL. 3156114811
REGISTRO MEDICO 23/86

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC N°

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.
NIT:900219717-9

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL
RESOLUCION N°270 DE 2018

NOMBRE DE LA EMPRESA : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 22 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : AURA NELLY BURBANO

CC N°: 59.812.885 DE PUTUMAYO	**EDAD**: AÑOS	**SEXO**: M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 3 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL: NIEGA A LA FECHA.** **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: 0 RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: NUEVA EPS** **HORARIO LABORAL. 8 AM 4 PM.**	**CELULAR**: 3136672213	F X ☒

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☐	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	

VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X

EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐	TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐

OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)

DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)

RESULTADOS DE VALORACION

1. *APTO PARA EL INGRESO* ☒ 5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐ 6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☐

RESTRICCIONES

NIENGUNA

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , NO ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERA CON SUS ACTIVIDADES LABORALES, MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 100/60 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 30 AVOI 20/ 25 SIN CORRECCION, VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA, SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO , APTO PARA EL INGRESO.

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra: Claudia Inés Quiroz B.
CEL. 3156114811
REGISTRO MEDICO 23/86

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC N°

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.
NIT:900219717-9

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL
RESOLUCION N°270 DE 2018

NOMBRE DE LA EMPRESA : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 24 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : OMAIR ALICIA TONGUINO		
CC N°: 41.160.081 DE SANTIAGO PUTUMAYO	**EDAD:** 51 AÑOS	**SEXO:** M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: - **FECHA DEL EVENTO ATEL:** NIEGA **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: 0 RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: MEDIMAS** **HORARIO LABORAL 8 AM 4 PM.**	**CELULAR:** -	F X ☒

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☒	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X					
EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐		TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐	
OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)					
DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)					

RESULTADOS DE VALORACION

1. ***APTO PARA EL INGRESO*** ☐
2. APTO CON RESTRICCIONES X ☒
3. NO APTO ☐
4. **APTO CON RECOMENDACIONES** ☐

5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

RESTRICCIONES

SE SUGIERE EVITAR CARGA PESADA (NIÑOS)

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 51 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , NO ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERA CON SUS ACTIVIDADES LABORALES, PERO PRESENTA MANEJO POR LA EPS, POR CUADRO CRONICO DE DOLOR CRONICO DEL BRAZO DERECHO PENDIENTE RESONANCIA MAGNETICA MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 130/90 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 45 AVOI 20/45 SIN CORRECCION,, VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA, SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO , SE RECOMNIENDA VALORACION POR ORTOPEDIA REQUIERE VALORACION POR ESPECIALISTA EN APTO PARA EL INGRESO CON RECOMENDACIONES.

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra: Claudia mile Quiroz B.
CEL. 3156114811

FIRMA DEL TRABAJADOR

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

Prevenir Sibundoy E.U.	**IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.** **NIT:900219717-9** **CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL** **RESOLUCION N°270 DE 2018**

NOMBRE DE LA EMPRESA : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 28 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : MARIA ONEIDA QUITIAQUEZ		
CC N°: 41.180.388 DE SIBUNDOY PUTUMAYO	**EDAD**: 59 AÑOS	**SEXO:** M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 25 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL:** NIEGA **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: 0 RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: MEDIMAS** **HORARIO LABORAL. 8 AM 4 PM.**	**CELULAR**: 3116234761	F X ☒

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☒	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X					
EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐		TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐	
OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)					
DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)					

RESULTADOS DE VALORACION

1. *APTO PARA EL INGRESO* ☒ 5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐ 6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☐

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 59 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , NO ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERA CON SUS ACTIVIDADES LABORALES.. MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 110/60 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 40 AVOI 20/55 SIN CORRECCION , VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA , SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO ,SUGIERO ACUDIR MEDICO EPS PARA VALORACION POR OPTOMETRIA . APTO PARA EL INGRESO CON RECOMENDACIONES.

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra: Claudia mile Quiroz B.
CEL. 3156114811
REGISTRO MEDICO 23/86

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC N°

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.
NIT:900219717-9

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL
RESOLUCION N°270 DE 2018

NOMBRE DE LA EMPRESA : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 28 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : MARIA ORFELINA JUAJIBIOY

CC N°: 41.181.050 DE SIBUNDOY PUTUMAYO	**EDAD**: 51 AÑOS	**SEXO:** M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 18 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL:** NIEGA **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: 0 RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: MEDIMAS** **HORARIO LABORAL. 8 AM 4 PM.**	**CELULAR:** 3108174500	F X ☒

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☑	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X					
EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐		TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐	
OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)					
DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)					

RESULTADOS DE VALORACION

1. *APTO PARA EL INGRESO* ☐
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☒

ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

RESTRICCIONES

CARGA PESADA CONTINUA

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 51 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERE MUY PARCIALMENTE CON SUS ACTIVIDADES LABORALES COMO LUMBAGOS AGUDOS . MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 120/70 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 25 AVOI 20/20 SIN CORRECCION , VISION DE PROFUNDIDAD SINALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA, SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO ACTUALMENTE EN SOBREPESO, APTO PARA EL INGRESO CON RECOMENDACIONES..

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra: Claudia mile Quiroz B.
CEL. 3156114811
REGISTRO MEDICO 23/86

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC N°

IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.
NIT:900219717-9

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL
RESOLUCION N°270 DE 2018

NOMBRE DE LA EMPRESA : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 28 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : ROSA AURA MOJOMBOY

CC N°: 27.470.683 DE SANTIAGO PUTUMAYO	**EDAD:** 39 AÑOS	**SEXO:** M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 3 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL: NIEGA A LA FECHA.** **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: 0 RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: NUEVA EPS** **HORARIO LABORAL. 8 AM 4 PM.**	**CELULAR:** 3136672213	F X ☐

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☐	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X					
EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐		TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐	
OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)					
DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)					

RESULTADOS DE VALORACION

1. *APTO PARA EL INGRESO* ☐ 5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐ 6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☐

RESTRICCIONES

NIENGUNA

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 39 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , NO ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERA CON SUS ACTIVIDADES LABORALES, MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 100/60 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 30 AVOI 20/ 25 SIN CORRECCION, VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA , SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO , APTO PARA EL INGRESO.

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra. Claudia Milé Quiroz B.
CEL. 3156114811
REGISTRO MEDICO 23/86

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC N°

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

Prevenir Sibundoy E.U.	**IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.** **NIT:900219717-9** **CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL** **RESOLUCION N°270 DE 2018**

NOMBRE DE LA EMPRESA : FUNPERS NIT: 900631966-1		FECHA 22 / ABRIL /2020
DATOS DEL PACIENTE		
NOMBRES Y APELLIDOS : ROSA ELVIRA CORDOBA PALACIOS		
CC N°: 30.707.253 DE PASTO NARIÑO	**EDAD**: 65 AÑOS	**SEXO**: M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 3 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL:** NIEGA **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: 0 RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: MEDIMAS** **HORARIO LABORAL. 8 AM 4 PM.**	**CELULAR**: 3122031373	F X ☒

TIPO DE EXAMEN ENFASIS OSTEMOUSCULAR		
INGRESO X ☒	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)					
OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X					
EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐		TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐	
OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)					
DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)					

RESULTADOS DE VALORACION

1. ***APTO PARA EL INGRESO*** ☐ 5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐ 6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES X ☒

RESTRICCIONES

CARGA PESADA

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 65 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , ACTUALMENTE ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERE CON SUS ACTIVIDADES LABORALES, MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 120/80 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 45 AVOI 20/75 SIN CORRECCION, VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA, SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO , SE SUGIERE QUE MEDICO DE EPS REMITA A OPTOMETRIA Y QUE CONTINUE CON SU INCAPACIDAD POR NEURALGIA DEL TRIGEMINO, ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO DEBE SER EVALUADA POR NEUROLOGIA A TRAVEZ DE LA EPS. APTO PARA EL INGRESO CON RECOMENDACIONES ESTRICTAS.

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra: Claudia mile Quiroz B.
CEL. 3156114811

FIRMA DEL TRABAJADOR

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.
NIT:900219717-9

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL
RESOLUCION N°270 DE 2018

NOMBRE DE LA EMPRESA : : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 27 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : ROSA MARIA GOMAJOA

CC N°: 27.470.471 DE SANTIAGO PUTUMAYO	**EDAD:** 42 AÑOS	**SEXO:** M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 3 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL:** NIEGA **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: 0 RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: MEDIMAS** **HORARIO LABORAL. 8 AM 4 PM.**	**CELULAR:** 3185798305	F X ☒

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☒	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X					
EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐		TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐	
OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)					
DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)					

RESULTADOS DE VALORACION

1. *APTO PARA EL INGRESO* ☒
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☐

5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 42 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , NO ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERA CON SUS ACTIVIDADES LABORALES, CX DE PETRIGION OZQUIERDO HACE 6 MESES MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 120/80 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 45 AVOI 20/35 SIN CORRECCION , VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA, SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO SE SUGIERE CONTROL CON OFTALMOLOGIA. APTO PARA EL INGRESO.

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra: Claudia Milena Quiroz B.
CEL. 3156114811

FIRMA DEL TRABAJADOR

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.
NIT:900219717-9

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL
RESOLUCION N°270 DE 2018

NOMBRE DE LA EMPRESA : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 23 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : RUTH MARIA CUATINDIOY MUYUY

CC N°: 27.470.112 DE SANTIAGO PUTUMAYO	**EDAD**: 52 AÑOS	**SEXO:** M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 3 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL: NIEGA A LA FECHA.** **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: 0 RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: NUEVA EPS** **HORARIO LABORAL 8 AM 4 PM.**	**CELULAR:** 3122385199	F X ☐

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☐	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X					
EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐		TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐	
OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)					
DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)					

RESULTADOS DE VALORACION

1. *APTO PARA EL INGRESO* ☐
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☐

5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 52 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , NO ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERA CON SUS ACTIVIDADES LABORALES, MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 100/60 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 30 AVOI 20/ 25 SIN CORRECCION, VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA, SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO . APTO PARA EL INGRESO CUMPLE CON LOS CRITERIOS MEDICOS PARA EL CARGO.

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra: Claudia Inés Quiroz B.
CEL. 3156114811

FIRMA DEL TRABAJADOR

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.
NIT:900219717-9

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL
RESOLUCION N°270 DE 2018

NOMBRE DE LA EMPRESA : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 24 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : SARA CLEMENCIA MONCAYO		
CC N°: 27.469.094 DE SANTIAGO PUTUMAYO	**EDAD:** 75 AÑOS	**SEXO:** M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 3 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL:** NIEGA **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: 0 RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: MEDIMAS** **HORARIO LABORAL 8 AM 4 PM.**	**CELULAR:** -	F X ☒

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☒	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X					
EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐		TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐	
OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)					
DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)					

RESULTADOS DE VALORACION

1. *APTO PARA EL INGRESO* ☐
2. APTO CON RESTRICCIONES ☒
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☐

5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

RESTRICCIONES

EVITAR CARGAR NIÑOS POR ANTECEDENTE DE HERNIA ABDOMINAL

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 75 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , NO ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERA CON SUS ACTIVIDADES LABORALES. PACIENTE HIPERTENSA PERO CONTROLADA ACTUALMENTE PRESENTA HERNIA ABDOMINAL DE APROX 5 CMS ,LINFANGITIS MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO DE 18 AÑOS DE EVOLUCION, LIMITACION LEVE EN LA ABUCCION, MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 130/90 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 20 AVOI 20/25 SIN CORRECCION, VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA, **SE REITERA LOS HALLAZGOS MENCIONADOS,** SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO , SE RECOMIENA RESTRICCION PARA REALIZAR CARGA O LEVANTAR NIÑOS **APTO PARA EL INGRESO CON RESTRICCIONES.**

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra: Claudia Inés Erazo B.
CEL: 3156174811

FIRMA DEL TRABAJADOR

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.
NIT:900219717-9

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL
RESOLUCION N°270 DE 2018

NOMBRE DE LA EMPRESA : FUNPERS NIT: 900631966-1	FECHA 27 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : AGRIPINA MUÑOZ

CC N°: 27.470.471 DE SANTIAGO PUTUMAYO	**EDAD:** 64 AÑOS	**SEXO:** M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 3 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL:** NIEGA **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: 0 RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: MEDIMAS** **HORARIO LABORAL. 8 AM 4 PM.**	**CELULAR:** -	F X ☒

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☒	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	
VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X					
EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐		TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐	
OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)					
DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)					

RESULTADOS DE VALORACION

1. ***APTO PARA EL INGRESO*** ☐ 5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐ 6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☒

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 64 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , NO ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERE CON SUS ACTIVIDADES LABORALES, MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 130/80 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 35 AVOI 20/25 SIN CORRECCION VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR: NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA, DEFORMIDAD EN MANOS, SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO \SE SUGIERE MEDICO DE EPS HAGA CONTROL DE HIPERTENSION APTO PARA EL INGRESO CON RECOMENDACONES.

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra: Claudia Nilte Quiroz B.
CEL. 3156114811
REGISTRO MEDICO 23/86

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC N°

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

Prevenir Sibundoy E.U.	**IPS PREVENIR SIBUNDOY E.U.** **NIT:900219717-9** **CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL** **RESOLUCION N°270 DE 2018**

NOMBRE DE LA EMPRESA : FUNPERS NIT900631966-1	FECHA 22 / ABRIL /2020

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS : YENNY AMPARO BURBANO MARTINEZ

CC N°:27.473.002 DE COLON PUTUMAYO	**EDAD:** 42 AÑOS	**SEXO:** M ☐
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA: 3 AÑOS **FECHA DEL EVENTO ATEL:** NIEGA **PROFESION : MADRE COMUNITARIA** **CARGO DENTRO DE LA EMPRESA: MADRE COMUNITARIA** **GRUPO SANGUINEO: A RH (+)** **ARL: POSITIVA** **EPS: MEDIMAS** **HORARIO LABORAL 8 AM 4 PM.**	**CELULAR:** 3115683686	F X ☒

TIPO DE EXAMEN

INGRESO X ☐	PERIODICO ☐	RETIRO ☐

DIAGNOSTICO(S)

OPTOMETRIA		ESPIROMETRIA		**AUDIOMETRIA**	
ELECTROCARDIOGRAMA		VISIOMETRIA	X	**LABORATORIOS:**	

VALORACION MEDICA OCUPACIONAL(sistema locomotor y osteomuscular) X

EXAMEN PSICOLOGICO		**APTO** ☐ NO APTO ☐	TRABAJO EN ALTURAS APTO ☐ NO APTO ☐

OTROS :ALCOHOL ETILICO EN SALIVA (no)

DROGAS DE ABUSO (MARIGUANA,COCAINA,BENZODIAZEPINAS,ANFETAMINAS,MORFINA,FENCICLIDINA,TCA,MET,MOMA,MTO)(NO)

RESULTADOS DE VALORACION

1. *APTO PARA EL INGRESO* X ☒
2. APTO CON RESTRICCIONES ☐
3. NO APTO ☐
4. APTO CON RECOMENDACIONES ☐
5. ALCOHOL EN SALIVA POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐
6. DROGAS DE ABUSO POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

TRABAJADOR DE 42 AÑOS QUIEN ACUDE A SU EXAMEN LABORAL INGRESO , NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO , NO ASOCIA PATOLOGIA DE ORIGEN GENERAL QUE INTERFIERA CON SUS ACTIVIDADES LABORALES.. MANEJANDO TENSION ARTERIAL DE 120/70 BRAZO DERECHO E IZQUIERDO , ACTUALMENTE SU PRUEBA VISIOMETRIA: REPORTA AVOD 20/ 20 AVOI 20/20 SIN CORRECCION , VISION DE PROFUNDIDAD SIN ALTERACION , CAMPIMETRIA Y DISCRIMINACION DE COLORES NO EVIDENCIA ANORMALIDAD , PRUEBAS PARA EQUILIBRIO ESTATICO SIN ALTERACION , AL EXAMEN OSTEOMUSCULAR NO SE EVIDENCIA ALTERACION EN LA FUERZA TROFISMO Y SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS SIN ALTERACION, FUERZA CONSERVADA, SE RECOMIENDA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS Y PUESTO DE TRABAJO ERGONOMICO .. APTO PARA EL INGRESO .

FIRMA DEL MEDICO ESPEC. SST
Dra: Claudia mile Quiroz B.
CEL. 3156114811
REGISTRO MEDICO 23/86

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC N°

CALLE 17 No. 14-57 B/ LIBERTAD – SIBUNDOY
CORREO: ips.prevenir.eu@hotmail.com
TELEFONO: 0984261101 – 0984260301

FUNDACIÒN DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECOSTRUCIÒN SOCIAL

Con relación a la obligación contractual *"Adoptar las medidas necesarias para el ahorro y uso eficiente de agua, energía, papel, y manejo de residuos que se generen durante la ejecución del contrato, de acuerdo con la política ambiental de la Entidad".*

Se certifica mediante la presente que para el contrato N° 091 de febrero 2020, se implementaron buenas prácticas ambientales durante la ejecución del contrato, obteniendo principalmente los siguientes resultados:

Buena práctica ambiental	Describir las actividades realizadas	Registro fotográfico
Ahorro y uso eficiente de agua	Se realiza la debida Sensibilización en buenas prácticas ambientales y socialización de política ambiental al Talento Humano	
Ahorro y uso eficiente de energía	Se realiza la debida Sensibilización en buenas prácticas ambientales y socialización de política ambiental al Talento Humano	
Ahorro y uso eficiente de papel	Realizar sensibilizaciones a todo el talento Humano relacionadas con la importancia que tiene para el medio ambiente el ahorro y uso del papel. Por ejemplo la utilización de papel reciclado, la impresión doble cara, Utilizar el correo electrónico para compartir información, evitar las impresiones innecesarias entre otras.	
Manejo de residuos	Para la realizar un buen manejo de los residuos sólidos que se generan en las UDS se les da a conocer al Talento Humano dichas medidas como que tipo de Residuos se generan en La cocina, en el Baño, en la oficina y las diferentes áreas de las UDS. ***Separación en la fuente***: En las UDS cuenta con puntos ecológicos donde se realizan el debido proceso de separación de los residuos que son	

PÚBLICA

Buena práctica ambiental	Describir las actividades realizadas	Registro fotográfico
	generados por los diferentes espacios como es la cocina, el baño, la oficina entre otros espacios. ***Almacenamiento***: Se le da a conocer al Talento Humano como se debe hacer el buen almacenamiento de los residuos que se generan en la UDS como por ejemplo Los desperdicios que se generan en la cocina se deben almacenar en un tarro con tapa para evitar la emisión de los Malos olores, el papel que se genera de la Oficina es almacenado en una caja de Cartón ya sea para la utilización en las actividades que realizan las maestras y auxiliares pedagógicas con los usuarios de las UDS o para la impresión de algún documento de Muestra. ***Aprovechamiento y disposición final:*** En cuanto al aprovechamiento de los residuos orgánicos como cascaras de fruta o verduras son utilizados para la elaboración de compostaje, por otra parte lo que es residuos de Baño como el papel higiénico los pañales desechables se los almacena en bolsas plásticas para ser recolectados por el carro recolector de basura para así tener una disposición final de estos residuos y otras basuras que son generadas entro de las UDS. ***Actividades de sensibilización:*** Se realizaran campañas de sensibilización para la buena disposición de los residuos encaminada a la protección de los espacios ambientales que encontramos en los UDS para que así haya un ambiente sano para la atención de los usuarios al igual para todo el Talento Humano.	 

Dado en SIBUNDOY , en el mes de AGOSTO de 2020

Atentamente,

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



YESICA MAYALY URBANO
Representante legal
Cédula

PÚBLICA

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

NOMBRE DE LA EMPRESA

NÚMERO Y FECHA DEL CONTRATO **091**	**OBJETO CONTRACTUAL:** Prestar el servicio a la modalidad HCB en conformidad con el manual operativo y las directrices establecidas por el ICBF, en armonía por la política de estado para el desarrollo integral de la primera infancia.

INTRODUCCIÓN:

El plan de saneamiento básico se formulan estrategias para hacer efectiva la garantía de un entorno seguro y saludable, se diseñan planes de saneamiento con el fin de formular y operativizar acciones relacionadas con la disponibilidad de agua potable, el manejo de residuos, la higiene y el control de plagas y vectores, limpieza y desinfección; como acciones medulares que garantizarán medios favorables y saludables. Para el caso del estándar, se trata de garantizar que el entorno en el cual la Modalidad HCB va a atender a las niñas, niños, sea seguro, sano, favorable y protector de su salud. El plan busca la protección y mejora del ambiente y entorno, con el fin de disminuir los riesgos potenciales de contaminación e infección y garantizar un nivel de salubridad óptimo.

OBJETIVO:

Definir los procedimientos generales de higiene, que involucren las funciones de higienización del entorno en que se desarrollan las actividades de la HCB

ALCANCE:

Este programa aplica a todas las áreas e implementos de las unidades de servicio donde opera la Modalidad Familiar.

DESARROLLO

El plan de saneamiento básico busca

- Desarrollar procedimientos de limpieza y desinfección de todos los espacios.
- Desarrollar e implementar el programa de control de residuos sólidos como parte de la estrategia integral para brindar entornos saludables a través de acciones que permitan un manejo adecuado de los residuos generados en laHCB
- Desarrollar e implementar el programa de abastecimiento y control de la calidad del agua como estrategia fundamental para garantizar la inocuidad de los alimentos, la higiene personal y la sanidad de los espacios a través de actividades que permitan controlar su calidad y adecuado uso.
- Desarrollar e implementar el programa de control de plagas y vectores para disminuir los riesgos de contaminación de los alimentos y la transmisión de enfermedades, a través de acciones de prevención y control.

PÚBLICA

1. Programa de limpieza y desinfección

LUGAR DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	ELEMENTOS E INSUMOS REQUERIDOS	MEDIDAS PARA LA ATENCIÓN DE CONTINGENCIA	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
PAREDES, TECHOS Y PUERTAS	Recoja los elementos de aseo que se encuentren en el baño. Retire la suciedad con una toalla limpia y seca. Prepare solución de agua con detergente y restriegue con escoba hasta remover la suciedad del área. Enjuague con abundante agua y deje escurrir. La desinfección se realiza después de la limpieza, así: Prepare una solución de hipoclorito de 6 ml por cada litro agua en un balde plástico. Sumerja una toalla o escoba limpia en la solución. Aplique en el área y deje actuar por 20 minutos No Enjuague.	guantes y tapabocas	Use guantes y tapabocas para iniciar la actividad,	Una vez al mes	MADRES COMUNITARIAS
SANITARIO, DUCHAS, LAVAMANOS	Elimine las heces en el sanitario. Prepare solución de agua con detergente y con	guantes plásticos y tapabocas	Use guantes plásticos y tapabocas para	Días en que se realice el encuentro.	MADRES COMUNITARIAS

PÚBLICA

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

	cepillo restriegue hasta que remueva toda la suciedad y restos de heces. Enjuague con abundante agua y deje escurrir. La desinfección se realiza después de la limpieza, así: Prepare una solución de hipoclorito de 8 ml por cada litro agua en un rociador. Rocíe la solución, iniciando desde la parte exterior hacia la parte interna del sanitario, deje actuar 20 minutos No enjuague		iniciar la actividad		
CANECAS, BALDES, UTENSILIOS DE ASEO	Amarre la bolsa de los residuos y aísle de manera transitoria evitando posibles focos de contaminación. Prepare una solución de agua con detergente y con una esponja abrasiva o cepillo restriega piso, paredes internas, externas y tapa de la caneca. Enjuague con abundante agua se deja escurrir. La desinfección se realiza después de la limpieza, así: Prepare una solución de hipoclorito de 6 ml por cada litro agua en un balde plástico. Sumerja una toalla en la solución de hipoclorito Aplique en el área deje actuar	guantes plásticos y tapabocas	Use guantes plásticos y tapabocas para iniciar la actividad	Días en que se realice el encuentro.	MADRES COMUNITARIAS

PÚBLICA

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

	No enjuague				
MESAS Y SILLAS	Use guantes plásticos y tapa bocas para iniciar la actividad Tome una toalla limpia y seca recoja los residuos de alimentos y dispóngalos en una bolsa plástica. Prepare solución de agua con detergente y con una esponja abrasiva o cepillo restriegue hasta remover la mugre y grasa del área, tenga en cuenta las patas y superficies internas de cada silla Enjuague con abundante agua y deje escurrir. Prepare una solución de hipo clorito de 4 ml por cada litro agua en un balde plástico. Sumerja una toalla limpia en la solución de hipoclorito. Aplique en el área y deje actuar por 15 minutos No enjuague	guantes plásticos y tapabocas	Use guantes plásticos y tapabocas para iniciar la actividad	Días en que se realice el encuentro.	MADRES COMUNITARIAS
MATERIAL DIDÁCTICO Y MOBILIARIO	Use guantes plásticos y tapabocas para iniciar la actividad Retire el polvo y suciedad adherida con una toalla limpia y seca. Prepare solución de agua con detergente y con una esponja restriegue hasta remover la suciedad Retire la suciedad disuelta en el detergente con una toalla limpia y seca. Desinfección se realiza después de la limpieza, así:	guantes plásticos y tapabocas	Use guantes plásticos y tapabocas para iniciar la actividad	Una vez al mes	MADRES COMUNITARIAS

PUBLICA

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

	Prepare una solución de hipoclorito de 4 ml por cada 1litro agua en un balde plástico. Sumerja una toalla limpia en la solución de hipoclorito. Aplique en el área y deje actuar por 15 minutos No enjuague.				
FORROS DE LAS COLCHONETAS	Use guantes plásticos y tapabocas para iniciar la actividad Prepare solución de agua con detergente y con una esponja abrasiva restriegue hasta remover la suciedad. Retire la suciedad disuelta en el detergente con una toalla limpia y seca. La desinfección se realiza después de la limpieza: Prepare una solución de hipoclorito de 4 ml por cada litro agua en un balde plástico. Sumerja una toalla en la solución de hipoclorito y aplique en el área deje actuar por 15 minutos No enjuague	guantes plásticos y tapabocas	Use guantes plásticos y tapabocas para iniciar la actividad	Una vez al mes	MADRES COMUNITARIAS
JUGUETES Y MUÑECOS	Separar juguetes plásticos y de peluche A 30 litros de agua aplicar 200 cc de jabón industrial multiusos. Sumergir los juguetes y dejar actuar durante 15 minutos. Luego con esponja abrasiva o cepillo restregar hasta retirar la suciedad. Enjuague con suficiente agua y deje secar al ambiente. Los muñecos de peluche y de tela deben lavarse	guantes plásticos y tapabocas	Use guantes plásticos y tapabocas para iniciar la actividad	La limpieza se realizará quincenal o a necesidad si hay demasiada acumulación de suciedad.	MADRES COMUNITARIAS

PÚBLICA

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

	en Lavadora o lavandería por lo menos una vez al mes puesto que recogen polvo y pueden generar alergias a los niños. Prepare solución desinfectante en recipiente con espacio suficiente para albergar la cantidad de juguetes a desinfectar, a 250ppm, de la siguiente manera: adicione 5 cc de hipoclorito de sodio al 5.25% por cada litro de agua potable. Sumerja los juguetes durante 20 minutos revolviendo frecuentemente garantizando que la solución tenga contacto con toda la superficie de los juguetes uniformemente. Enjuague con abundante agua potable. Seque muy bien los juguetes con paño limpio de uso exclusivo el cual será lavado y desinfectado luego de terminar esta labor y guardado de manera tal que se evite su contaminación.				

PUBLICA

2. Programa desechos solidos

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

LUGAR DONDE SE GENERÓ EL RESIDUO	ACTIVIDAD POR LA CUAL SE GENERÓ EL RESIDUO	TIPO DE RESIDUO	DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DE RESIDUOS	MEDIDAS DE MANEJO	ALMACENAMIENTO	ELIMINACIÓN Y/O DISPOSICIÓN FINAL
BAÑOS	Depositar los residuos en los recipientes ubicados en el área del baño. Recolección y disposición para que el servicio de aseo del municipio la recoja.	Inorgánicos no reciclables	Son conocidos como residuos difíciles de reciclar por sus característicaso el uso que se le dio en un inicio. Ejemplo: residuos sanitarios, pañuelos usados, papel de baño, preservativos, toallas sanitarias, pañales, plásticos de difícil aprovechamiento.	Use guantes plásticos y tapabocas para iniciar la actividad	NO SE ALMACENA	Al finalizar la jornada se disponen los residuos en bolsas plásticas.
INSTALACIONES - GA	Almacenar el papel y los residuos o restos de material didáctico en una bolsa y al finalizar la jornada se los coloca en la canasta para que los recoja el servicio de aseo del municipio.	inorgánicos	Los residuos inorgánicos con potencial de reciclaje son aquellos que cuentan con características para ser reincorporados a un proceso o tratamiento que permite su valorización. Deben ser separados del resto, desde la fuente, para evitar ser contaminados. Ejemplo: papel y cartón, plástico, vidrio, metales, ropa y textiles, maderas y envases.	Use guantes plásticos y tapabocas para iniciar la actividad	Almacenar el papel y los residuos o restos de material didáctico en una bolsa	al finalizar la jornada se los coloca en la canasta para que los recoja el servicio de aseo del municipio.

PUBLICA

3. Programa de control de plagas

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

LUGAR DE FUMIGACIÓN	VECTORES IDENTIFICADOS	PERIODICIDAD DE LA FUMIGACIÓN	INSUMO UTILIZADO	MEDIDAS PARA LA ATENCIÓN DE CONTINGENCIAS	EMPRESA FUMIGADORA	GESTOR PARA LOS RESIDUOS
UNIDAD DE SERVICIO	Verifique diariamente las condiciones de limpieza y desinfección. Verifique si existen fisuras, aberturas en angeos/mallas, sifones y rejillas; aberturas de puertas; tragaluz y otras aberturas del lugar.	Días en que se realice el encuentro.	elementos de aseo	Evidenciar existencia de plagas como excrementos de roedores Inspeccionar para descartar o evidenciar la presencia de insectos como cucarachas y moscas y así tomar medidas. Mantener adecuada higiene en el lugar.	NA	NA

PÚBLICA

4. Programa de abastecimiento o suministro de agua potable

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

FUENTE DE CAPTACIÓN	TRATAMIENTOS REALIZADOS	DISEÑOS DEL TANQUE DE ALMACENAMIENTO	MANTENIMIENTO DE LAS REDES Y TANQUE DE ALMACENAMIENTO	CONTROLES DE PARÁMETROS FISICOQUÍMICOS Y MICROBIOLÓGICOS
NA	NA	NA	NA	NA

ESTRATEGIAS PARA EL AHORRO Y USO EFICIENTE DEL AGUA

Se hace necesario implantar estrategias para el uso eficiente del agua, por lo cual se velará por racionalizar el recurso hídrico.

- Se debe monitorear la factura del agua y evitar el aumento del consumo sin justificación
- Se deberá verificar que las llaves de agua no tengan fugas
- Se realizará revisiones periódicas a las unidades sanitarias para detectar posibles daños
- Se deben plantear diferentes actividades educativas con las niñas y adolescentes para generar conciencia en el cuidado del medio ambiente y de los recursos naturales

.

Dado en Sibundoy Putumayo, en el mes de MARZO 2020

Atentamente,

JUDITHMUÑOZ
Nombre y apellidos
Cargo COORDINADORA
Cédula 4118210

PÚBLICA

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