PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900203742
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	FUNDACION ARCO IRIS DE AMOR FUNDAIRIS	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 42 C SUR # 81 B 34 TELÉFONO:	4074389
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de otras
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL SUCURSAL / DEPENDENCIA:	09 - HI GERONA ARCOIRIS DE
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	7913466823	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:	AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/03/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	492777526

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	6	\$ 459.200
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	4	\$ 364.000
800227940	231001	231001-COLFONDOS	9	\$ 795.300
800224808	230301	230301-PORVENIR	7	\$ 816.700
SUBTOTAL:			26	\$ 2.435.200
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	5	\$ 287.800
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	6	\$ 392.800
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	6	\$ 583.900
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 54.200
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	9	\$ 638.100
SUBTOTAL:			27	\$ 1.956.800
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860013570	CCF21	CCF21-CAFAM	27	\$ 627.600
SUBTOTAL:			27	\$ 627.600
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	27	\$ 101.600
SUBTOTAL:			27	\$ 101.600
OTROS PARAFISCALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
899999034	PASENA	PASENA-SENA	27	\$ 314.400
899999239	PAICBF	PAICBF-ICBF	27	\$ 471.600
SUBTOTAL:				\$ 786.000

DAVIVIENDA	VALOR SIN MORA:	\$ 5.907.200
	VALOR MORA:	\$ 0
	TOTAL PAGADO:	\$ 5.907.200

Pago PSE

Resultado de su transacción

Estado	Valor del pago
Aprobado	\$ 5.907.200,00
Número de aprobación	Motivo
00777526	Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales
Fecha del pago	Referencia 1
04/03/2024	10.80.25.153
Hora del pago	Referencia 2
02:05 PM	NI
Número de producto origen	Referencia 3
*****4936	900203742
Destino del pago	Código único CUS
SOI ACH	492777526

COMPONENTE TALENTO HUMANO		ACTA PROCESO DE CUALIFICACIÓN EN DETECCIÓN VIOLENCIAS Y PROMOCIÓN BUEN TRATO
Objetivo: Brindar herramientas al talento humano de la UDS, para la prevención y detección de posibles violencias en contra de los niños y las niñas, así como fomentar el fortalecimiento de vínculos afectivos y buen trato en las familias usuarias.		
<p style="text-align: center;">DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD</p> <p>El día 22 de febrero del 2024 a las 8:00 am, se da inicio a encuentro de cualificación al talento humano del mes de febrero, el cual tuvo como temática a trabajar la prevención y detección de los diferentes tipos de violencias y fortalecimiento de la promoción del buen trato con los vínculos afectivos, considerando esta temática como eje principal en el desarrollo de labores enmarcadas en acciones que den respuesta a la promoción del buen trato en entorno familiares de nuestros niños y niñas usuarias.</p> <p>El proceso de cualificación se realiza a través de reunión virtual a través del aplicativo Google Meets, por medio de una presentación con un contenido temático conceptual, distribuido de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que es violencia 2. Señales o indicadores de alerta 4. Fortalecimiento familiar a través de la promoción del buen trato 5. Buen trato 6. 12 habilidades para el promover el buen trato 7. Cuidado sensible 8. Vinculación Afectiva <p>Definición de Violencia: Según la OMS (2019) la violencia es <i>"Toda acción, omisión, abuso, uso de la fuerza o del poder que se expresa a través de la violencia física, psicológica, sexual y la negligencia, así como a través de las amenazas de tales actos, la cual se puede presentar en distintos ámbitos y ser ejercido por representantes parte de sus padres, legales o cualquier otra persona; produce daño y afecta la integridad personal, el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes, llegando incluso hasta la muerte"</i>.</p> <p>Para identificar el conocimiento previo de los participantes y dinamizar el encuentro se desarrolla una primera actividad que permitió establecer un diálogo constructivo para conceptualizar en conjunto los diferentes tipos de Violencia, la actividad de <i>Tingo Tango</i> fue efectiva para la participación activa de todo el grupo, brindando</p>		

turnos y espacios de trabajo para conocer detalladamente cada uno de los tipos de violencia a describir.

La violencia puede estar presente en cualquier ámbito; sea en el doméstico o en el público, el lugar de trabajo, la calle, el transporte público, el colegio, etc. Ante esto, todos tenemos la responsabilidad de romper el silencio y denunciar. Para ello es importante que toda aquella persona que trabaje en servicios de atención a primera infancia aprenda a identificar y diferenciar los distintos tipos de violencia que existen para poder actuar ante su presencia. Los diferentes tipos de violencia que se trabajaron durante el encuentro fueron: violencia física, psicológica, sexual, económica, Síndrome de bebé zarandeado, Maltrato Infantil y negligencia).

Del mismo modo, se dan a conocer las señales o indicadores de alerta para la detección de situaciones de violencia (Físicos, emocionales y comportamentales), esto por medio de la exposición de un ejemplo que permitiera clasificar de manera práctica los signos, señales y/o indicadores de acuerdo a su naturaleza. Se brinda un espacio de resolución de inquietudes para dar cierre al primer tema sobre detención de violencias.

Fundairis
Fundación Arcoiris de Amor 2024

PROCESO DE CUALIFICACIÓN AL TALENTO HUMANO

OBJETIVO
Brindar herramientas para la prevención y detección de posibles violencias en contra de los niños, niñas y sus familiares, así como fomentar el fortalecimiento de vínculos afectivos y buen trato en las familias usuarias de nuestras UDS.

SEÑALES O INDICADORES

- Cambios en su comportamiento desde excesiva tristeza o agresividad.
- Pesimismo o falta de confianza.
- Cansancio o apatías permanentes.
- Estilos parentales permisivos, ambivalentes y/o autoritarios.
- Reporte de relaciones poco afectivas.
- Ausencia en cuidados médicos.
- Retraso en el desarrollo físico y cognitivo.
- Adopta comportamientos propios del rol adulto.
- Recibe retroalimentaciones negativas por parte de su progenitora.
- Es dejado solo durante largos periodos de tiempo.
- Falta de colaboración en los deberes escolares.
- Llamar la atención de los adultos.
- Desmotivación por realizar tareas de su interés.
- Problemas de aprendizaje.

ACTIVIDAD I: TINGO TANGO

- Se organiza a todos los participantes en mesa redonda.
- Se desarrollará la dinámica de Tingo Tango, para establecer quienes serán los participantes a exponer las temáticas a trabajar.
- En una bolsa se dispondrán las definiciones de los tipos de violencia que serán expuestas a todos en forma de diálogo constructivo.

Fortalecimiento Familiar a través de la promoción del Buen Trato y los Vínculos Afectivos

Como segunda parte importante de la capacitación brindada, se trabajó el tema de prevención de todo tipo de violencias por medio del conocimiento en la definición de Buen Trato, el cual se refiere a prácticas y relaciones de amor y respeto que se tienen consigo mismo y con los demás, para ser individuos más felices, creativos y con adecuadas habilidades sociales para llevarse bien con todas las personas con la que se convive. Se establecen los siguientes principios básicos para la promoción del buen trato.

Principios del buen trato

- Reconocimiento: necesidad de ser aceptados en nuestra individualidad
- Empatía: Capacidad de ponerse en el lugar del otro, comprender su sentir.
- Colaboración y Participación: relación en doble vía, dar y recibir enfocados en un bien común de 2 o más personas.
- Comunicación efectiva: libertad de expresión en el marco del respeto, el asertividad y la escucha activa
- Negociación y Mediación: capacidad de llegar a acuerdos para la solución de conflictos.

Por su parte, se desarrolla el tema de cuidado sensible y vinculación afectiva; el termino de cuidado sensible *"promueve el desarrollo infantil saludable desde el desarrollo físico, emocional, social y cognitivo, para proteger a los niños y niñas de los efectos de la adversidad, garantizando su buena salud, nutrición optima, protección y seguridad, así como brindándoles oportunidades de aprendizaje temprano y atención receptiva "* (UNICEF, 2018); Ante la definición de cuidado sensible se plantea una pregunta orientadora para conocer la opinión de todo el talento humano frente a *¿cómo desde su rol laboral se puede incentivar en las familias usuarias el cuidado sensible en la primera infancia?*, invitándolas a que a diario con sus acciones laborales promuevan en el cuidado sensible.

Por último, la Vinculación Afectiva es entendida como aquel *"Lazo de amor, empatía y cuidado mutuo que une a dos o más personas entre sí"*. Es la base principal de las interacciones que tenemos los seres humanos y determinan la forma de interacción que desempeña un individuo en las relaciones sociales que conforma. Finalmente, se brindan algunas pautas y recomendaciones que permiten la promoción saludable de los vínculos afectivos en familia, resaltando la importancia de la crianza respetuosa y la conciencia plena en los procesos formativos de la primera infancia.

BUEN TRATO

Se refiere a prácticas y relaciones de amor y respeto que se tienen consigo mismo y con los demás, para ser individuos más felices, creativos y con adecuadas habilidades sociales para llevarse bien con todas las personas con la que se convive



PRINCIPIOS DEL BUEN TRATO

- **Reconocimiento:** necesidad de ser aceptados en nuestra individualidad
- **Empatía:** Capacidad de ponerse en el lugar del otro, comprender su sentir.
- **Colaboración y Participación:** relación en doble vía, dar y recibir enfocados en un bien común de 2 o más personas.
- **Comunicación efectiva:** libertad de expresión en el marco del respeto, la asertividad y la escucha activa
- **Negociación y Mediación:** capacidad de llegar a acuerdos para la solución de conflictos



CUIDADO SENSIBLE

"Promueve el desarrollo infantil saludable desde el desarrollo físico, emocional, social y cognitivo, para proteger a los niños y niñas de los efectos de la adversidad, garantizar su buena salud, nutrición óptima, protección y seguridad, así como brindándoles oportunidades de aprendizaje temprano y atención receptiva" (UNICEF, 2018)



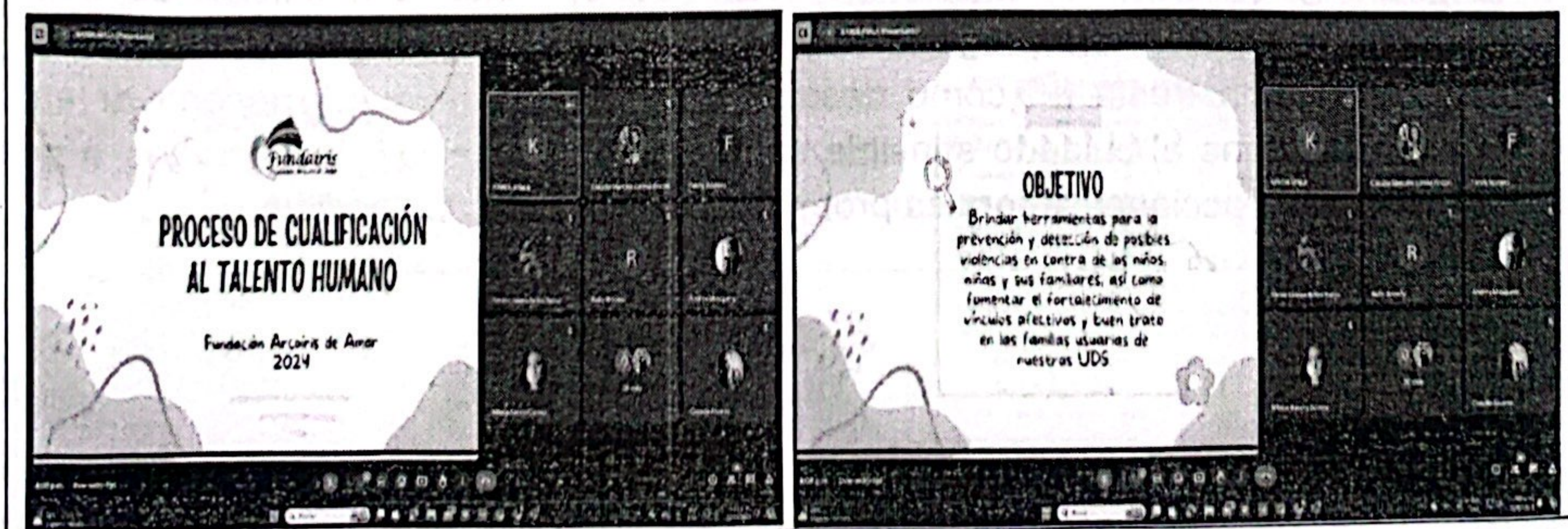
Pregunta Orientadora:

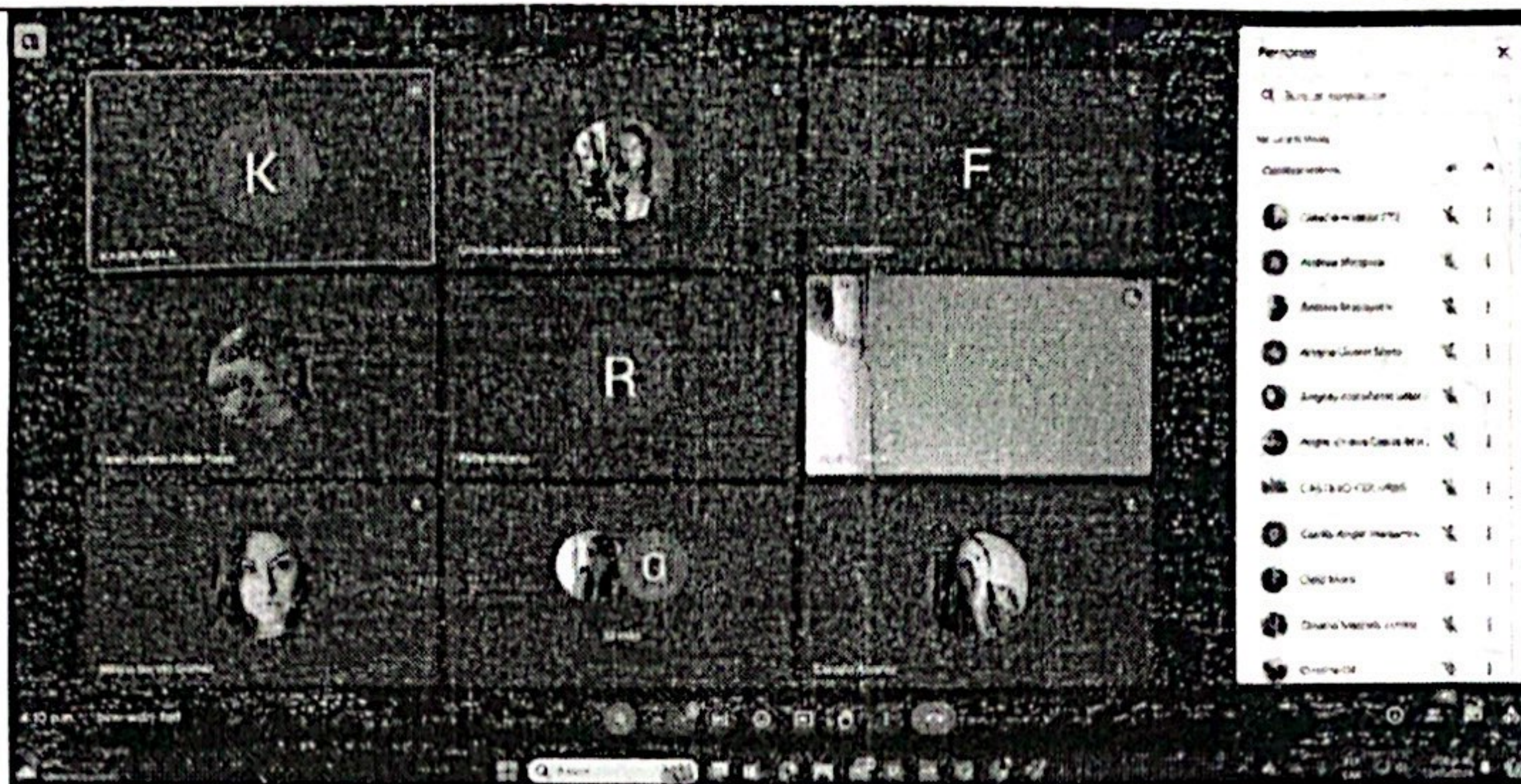
¿Cómo desde tu rol laboral puedes incentivar en las familias usuarias el cuidado sensible con los niños y niñas en la primera infancia?



Como actividad final y de cierre, se establecen grupos de trabajo práctico con el objetivo de que se plantearan estrategias de intervención pedagógica sencillas para poner en práctica a futuro con las familias usuarias, estrategias didácticas que promovieran el Buen Trato, el cuidado sensible y la vinculación afectiva, generando acciones claras de prevención de violencias desde la UDS, resaltando el rol laboral de cada persona del Talento Humano que participó en este ejercicio de capacitación y cualificación. Se da por culmina el encuentro siendo las 12.05 pm.

REGISTRO FOTOGRÁFICO





Responsable de la Capacitación:

Claudia Patricia Álvarez
Profesional Psicosocial
HI Gerona Arcoíris de Amor

EN CONSTANCIA FIRMAN:

Coordinador
Auxiliar Administrativo
Docente
Docente
Docente
Docente
Docente
Docente
Docente
Docente
Docente
Docente

[Signature]
Docente

Carolina Hernandez
Auxiliar Pedagógica

Paula Rivera
Auxiliar Pedagógica

Liliana Caballero
Auxiliar Pedagógica

Johana Andrea Castro R.
Manipuladora de Alimentos

Olea Ruiz
Manipuladora de Alimentos

Nubia Stella Salazar
Servicios Generales

Evelyn Vargas B
Docente

Angy Cruz
Auxiliar Pedagógica

Paola G.
Auxiliar Pedagógica

Jhara Gil
Manipuladora de Alimentos

Gladys Manín
Manipuladora de Alimentos

Emmanuel Martinez
Manipuladora de Alimentos

[Signature]
Servicios Generales

Gladys Salcedo R
Servicios Generales

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:			900203742
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	FUNDACION ARCO IRIS DE AMOR FUNDARIS			
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	
DIRECCIÓN:	CALLE 42 C SUR # 81 B 34	TELÉFONO:	4074389	
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES	
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de otras	
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	14 - HI COLORES DE MANDALAY	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):				NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7917044540		TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/03/04		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	492814442	

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	4	\$ 299.000
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	3	\$ 245.600
800224808	230301	230301-PORVENIR	3	\$ 208.200
SUBTOTAL:			10	\$ 752.800
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	2	\$ 116.800
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	4	\$ 246.100
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 62.600
900156264	EPS037	EPS037-NUOVA EPS	1	\$ 54.200
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	2	\$ 108.400
SUBTOTAL:			10	\$ 588.100
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860013570	CCF21	CCF21-CAFAM	10	\$ 188.800
SUBTOTAL:			10	\$ 188.800
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	10	\$ 32.000
SUBTOTAL:			10	\$ 32.000
OTROS PARAFISCALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
899999034	PASENA	PASENA-SENA	10	\$ 94.600
899999239	PAICBF	PAICBF-ICBF	10	\$ 142.000
SUBTOTAL:				\$ 236.600

VALOR SIN MORA:	\$ 1.798.300
DAVIVIENDA VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 1.798.300

Pago PSE

Resultado de su transacción

Estado
Aprobado

Valor del pago
\$ 1.798.300,00

Número de aprobación
00814442

Motivo
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Fecha del pago
04/03/2024

Referencia 1
10.80.25.153

Hora del pago
02:17 PM

Referencia 2
NI

Número de producto origen
*****4936

Referencia 3
900203742

Destino del pago
SOI ACH

Código único CUS
492814442

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PAREJA			
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: FECHA DE EMISIÓN DEL APORTANTE: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEÑA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)	NO NO NO NO NO NO NO	2003/03/14 FUNDACIÓN ARCO RIS DE AAVOR FUNDARIS BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL CALLE 14 # 14-10 CLASE APORTANTE: ACTIVIDAD ECONOMICA: PRIVADA SUBSISTENCIAL SUCURSAL DEPENDENCIA: NO	MES febrero AÑO 2024	TIPO DE PAREJA: PERIODO COTIZACIÓN SALUD: DÍAS DE MORA: FECHA PAGO (aaaa/mm/aaaa): NÚMERO AUTORIZACIÓN: 2024/03/04	E-EMPLEADOS 2024 marzo AÑO 49381/4442

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A PENSION										
CODIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	COTIZACION	MORA	TOTALES	
											APORTES	MORA
25-14	25-14 COPIERIONES	3		\$ 245,600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 245,600	\$ 0
230301	230301-POVENIR	3		\$ 208,200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 208,200	\$ 0
230304	230304-PROTECCION	4		\$ 299,000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 299,000	\$ 0
SUBTOTAL:											\$ 752,800	\$ 0

TOTAL APORTES A SALUD													
ADMINISTRADORA			INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD				LICENCIA MATERNIDAD			MUJER			
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	FLUJILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MUJER	TOTALES
EP3025	EP3025-SANTITAS S.A.	4	1	\$ 1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.248.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.248.100
EP3017	EP3017-FAMISANAR	2	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 118.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 118.800
EP5002	EP5002-SALUD TOTAL	1	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 62.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 62.500
EP3037	EP3037-ANUEVA EPS	1	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 54.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 54.200
EP3038	EP3038-COMPENSAR	2	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 103.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 103.400
SUB-TOTALES:					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.586.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.586.100

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES									
CODIGO	NOMBRE	No. COZYANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN	PAGO A OTROS RIESGOS	VALOR	PLANILLA	VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES		
									APORTES	MORA	
14-11	14-11-ARL SUPA	10		\$ 0			\$ 0		\$ 32,000	\$ 0	
SUBTOTALES:									\$ 32,000	\$ 0	
									\$ 32,000	\$ 0	
									\$ 32,000	\$ 0	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	Nº COTIZANTES			TOTALES
	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CC21		-10	\$ 188.800	\$ 0	\$ 188.800
CGFH-CAFIAM			\$ 188.800	\$ 0	\$ 188.800
SUB-TOTALES:					

[illegible][illegible]



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO: TIPO APORTANTE: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEVA E CBF (REFORMA TRIBUTARIA):	90003742 FUNDACIÓN AVOS RIV DE ANSIO BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL B- MENOS DE 200 COTIZANTES Adm. de la Fundación Avos RIV de Ansio 14- HICOLORES DE MANISLAY	NIT BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL CALLE 42 SUR # 81 D-34 01- EMPLEADOR PRIVADA S. GENERAL S. GENERAL	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: DEPARTAMENTO: TELEFONO: CLASE APORTANTE: ACTIVIDAD ECONOMICA: SOCIOS/DEPENDENCIA:	NÚMERO PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN OTROS FECHA PAGO (aaaa-mm-dd)	797044440 febrero AÑO 2024 2024-03-04	TIPO DE PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN SALUD: NÚMERO AUTORIZACIÓN:	E- EMPLEADOS 2024 4928-1442

TOTAL \$ 1.798.300

Planilla Pagada



Planilla pagada

<p>COMPONENTE FAMILIA, COMUNIDAD Y REDES</p>		<p>ACTA PROCESO DE CUALIFICACIÓN PREVENCIÓN Y DETECCIÓN VIOLENCIAS Y PROMOCIÓN BUEN TRATO</p>
<p>Objetivo: Capacitar al talento humano sobre los conceptos y las herramientas para la prevención y detección de los diferentes tipos de violencias, así como pautas para promover el buen trato y los vínculos afectivos dentro de las familias usuarias.</p>		
<p style="text-align: center;">DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD</p> <p>El día 22 de febrero del año 2024 de 8:00 am a 12:00 pm, se lleva a cabo capacitación al talento humano de la Fundación Arcoíris de Amor en la UDS HI LOS COLORES DE MANDALAY, sobre la Prevención y Detección de los diferentes tipos de violencias en contra de los niños, niñas y sus familiares, así como fomentar el fortalecimiento del buen trato y los vínculos afectivos, dando cumplimiento al Plan de cualificación al Talento Humano del año 2024</p> <p>La capacitación se realiza por medio de una presentación con contenido conceptual sobre la temática a tratar, así:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto OMS de violencia. • Tipos de violencia. • Señales físicas, cognitivas y emocionales que permiten identificar posibles casos de violencia. • Conceptualización de Buen trato. • Promoción de buen trato institucional y familiar a través de los principios del Buen Trato. <p>A continuación, se da un breve resumen de los conceptos tratados durante la capacitación:</p> <p>Violencia (OMS): <i>"El uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte."</i></p> <p>Violencia Física (OMS): <i>Acciones, comportamientos u omisiones que amenazan o lesionan la integridad física de una persona."</i></p> <p>Violencia Psicológica y Emocional (OMS): <i>"Cualquier acción u omisión directa o indirecta cuyo propósito sea controlar o degradar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas por medio de intimidación, manipulación,</i></p>		

amenaza directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier conducta u omisión que produzcan un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación, el desarrollo integral y las posibilidades personales".

Violencia sexual (OMS): *"Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales **no deseados**, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos en el hogar y en el lugar de trabajo."*

Violencia económica o patrimonial (OMS): *En el ámbito familiar: "acción u omisión de quien afecte o impida la atención adecuada de las necesidades de la familia o alguna de las personas a las que se refiere la presente ley; **daña, pierde, sustrae, destruye, retiene, distrae o se apropia de objetos, instrumentos o bienes.**"*

Violencia de género (OMS): *La violencia de género se refiere a los actos dañinos dirigidos contra una persona o un grupo de personas en razón de su género. Tiene su origen en la desigualdad de género, el abuso de poder y la existencia de normas dañinas este tipo de violencias la sufren mujeres y niñas, os hombres y los niños y las poblaciones LGBTQI+*

Feminicidio (OMS) *El feminicidio se refiere al asesinato intencionado de una mujer por el hecho de serlo, si bien se puede definir de un modo más amplio como cualquier asesinato de mujeres o niñas. En la mayoría de los casos, por ejemplo, quienes cometen los feminicidios son parejas o ex parejas de la víctima, y suponen la culminación de un proceso de abusos, amenazas o intimidación constantes en el hogar, violencia sexual o situaciones en las que las mujeres se encuentran en una situación de inferioridad con respecto a su pareja en términos de poder o disponibilidad de recursos.*

Buen Trato: *se refiere a prácticas y relaciones de amor y respeto que se tienen consigo mismo y con los demás, el buen trato no solo se expresa a través de palabras, sino que también, puede manifestarse por medio del contacto físico: un beso, un abrazo, un mimo o en actitudes y es importante que por medio de este se promueven y se generen vínculos afectivos*

A todo el talento humano se les presento cifras de los casos de violencia presentados durante el año 2024 y se logra evidenciar que las cifras a comparación del año 2023 han incrementado notablemente ya que las cifras oficiales entregadas por las autoridades indican que, en lo que va del 2024, la **Línea 123 Agencia Mujer** ha



N° 1.524

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
24 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
BERMUDEZ PALMA JULY ANDREA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	32 AÑOS 2 MESES 30 DÍAS	CC	1019065624
Carga				Tipo			
AUXILIAR PEDAGÓGICA				Número			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO SIN RESTRICCIONES							
Observaciones: NO APLICA							
APTO				CONSULTA EXTERNA MEDICO LABORAL			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
CONTINUAR MANEJO MÉDICO		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES			
		SVE AUDITIVO		CONTROL DE PESO			
		PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA			
		SVE OSTEOMUSCULAR		DIETA BALANCEADA			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
<p>Firma: </p> <p>Nombre: PALOMINO HERNANDEZ JOSE ALEJANDRO</p>				<p>Firma: </p> <p>Nombre: BERMUDEZ PALMA JULY ANDREA</p>			
R. M.: 91070992		L.S.O.: RESOLUCION 12146		Codigo de Seguridad		CC: 1019065624	
K1429Q1W1524							



N° 1.493

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
23	02	2024	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)		
DÍA	MES	AÑO	Ciudad		
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
RODRIGUEZ AMAYA LUZ ANGELA			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			FEMENINO	49 AÑOS 2 MESES 28 DÍAS	CC 38286929
Cargos			Tipo		
MANIPULADOR DE ALIMENTOS			Número		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO SIN RESTRICCIONES					
Observaciones: NO APLICA					
N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL					
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES		USO DE EPP		HÁBITOS SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL		SVE VISUAL : POR GAFAS		CONTROL DE PESO	
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION POR EPS PARA DEFINIR CONDUCTA Y MANEJO POR PESO ELEVADO		SVE CARDIOVASCULAR : POR PESO ELEVADO		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
		PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HACER DEPORTE	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
CONTINUAR CON MEDIDAS DE AUTOCUIDADO, RECOMENDACIONES GENERALES Y DE SALUD OCUPACIONAL, PREVENCIÓN COVID 19, DIETA BAJA EN GRASAS Y CALORÍAS, EJERCICIO 30 MIN POR VEZ, MEDIAS DE COMPRESIÓN BAJA, CORRECCIÓN VISUAL SEGÚN INDICACIONES DE OPTOMETRÍA, VALORACIÓN POR EPS PARA DEFINIR CONDUCTA Y MANEJO POR PESO ELEVADO					
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
Médico		Aspirante o Trabajador			
Firma:		Firma:			
Nombre: PERA GALVEZ ERIKA MARCELA		Nombre: RODRIGUEZ AMAYA LUZ ANGELA			
R. M.: RM. 01256/99		CC: 38286929			
L.S.O.: LIC. SO: 10519/2016		Código de Seguridad			
		P1429V1B1493			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.479

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
23 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)		
			EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
ARIAS BARACALDO JULIETH STEFANNY			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			FEMENINO	20 AÑOS 11 MESES 13 DÍAS	CC 1000350852
				Tipo	Número
Cargo AUXILIAR PEDAGOGICA					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO SIN RESTRICCIONES					
Observaciones: NO APLICA					
APTO		CONSULTA EXTERNA MEDICO LABORAL			
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NO APLICA	NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL			✓		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL		USO DE EPP			
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>					
Médico			Aspirante o Trabajador		
 Firma:			 Firma:		
Nombre: PALOMINO HERNANDEZ JOSE ALEJANDRO			Nombre: ARIAS BARACALDO JULIETH STEFANNY		
R. M.: 91070992			CC: 1000350852		
L.S.O.: RESOLUCION 1214			Codigo de Seguridad		
			Y1429E1K1479		



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.487

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)		TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
23	02	2024	Ciudad		EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLOO	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE			FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa			Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)			FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
PEÑA ZIPA MARIA HELENA			FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Apellidos y Nombres			FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Carga			MANIPULADORA DE ALIMENTOS			
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL			APTO SIN RESTRICCIONES			
Observaciones: NO APLICA			APTO SIN RESTRICCIONES			
N/A			NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO			
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:			RECOMENDACIONES			
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL			NO APLICA			

RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES		SVE CARDIOVASCULAR : POR PES ELEVADO		HABITOS SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : SE SOLICITA VALORACION POR EPS POR PATOLOGIA CRONICA / CIRUGIA GENERAL PARA DEFINIR CONDUCTA Y MANEJO				CONTROL DE PESO	
				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				HACER DEPORTE	
				DIETA BALANCEADA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
CONTINUAR CON MEDIDAS DE AUTOCUIDADO, RECOMENDACIONES GENERALES Y DE SALUD OCUPACIONAL, PREVENCIÓN COVID 19, DIETA BAJA EN GRASAS Y CALORÍAS, EJERCICIO 3V/SEM 30 MIN POR VEZ, MEDIAS DE COMPRESIN BAJA , SE SOLICITA VALORACION POR EPS POR PATOLOGIA CRONICA / CIRUGIA GENERAL PARA DEFINIR CONDUCTA Y MANEJO , NO LEVANTAMIENTO DE CARGAS , SI SE REQUIERE UTILIZAR CINTURON DE SEGURIDAD ABDOMINOLUMBAR

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador	
 Firma: PIRA GALVEZ ERIKA MARCELA Nombre: PIRA GALVEZ ERIKA MARCELA		 Firma: MARIA PEÑA Nombre: PEÑA ZIPA MARIA HELENA	



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.529

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
24 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	
			EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"	
Nombre de la empresa			Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
URIBE NIEVES LILIANA			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			FEMENINO	49 AÑOS 8 MESES 18 DÍAS
			Documento de Identificación	CC 52319094
			Tipo	Número
Carga DOCENTE				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
APTO SIN RESTRICCIONES				
Observaciones: NO APLICA				
APTO		CONSULTA EXTERNA MEDICO LABORAL		
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:				
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL		✓		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO		USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HÁBITOS SALUDABLES CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA DIETA BALANCEADA
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>				
Médico		Aspirante o Trabajador		
 Firma:		 Firma: Liliana Uribe		
Nombre: PALOMINO HERNANDEZ JOSE ALEJANDRO		Nombre: URIBE NIEVES LILIANA		
R. M.: 91070992		CC: 52319094		
L.S.O.: RESOLUCION 1214		Codigo de Seguridad		
		T1429Z1F1529		



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.520

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
24 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)		
			Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
MESA ORTIZ MARGARITA ALICIA			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			FEMENINO	39 AÑOS 0 MESES 10 DÍAS	CC 52918385
Carga				Tipo	Número
COORDINADORA					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO SIN RESTRICCIONES					
Observaciones: NO APLICA					
APTO			CONSULTA EXTERNA MEDICO LABORAL		
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NO APLICA	NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL			✓		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO		USO DE EPP		CONTROL DE PESO	
		SVE CARDIOVASCULAR		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
		PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HACER DEPORTE	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>					
Médico			Aspirante o Trabajador		
 Firma: _____ Nombre: PALOMINO HERNANDEZ JOSE ALEJANDRO R. M.: 91070992			 Firma: _____ Nombre: MESA ORTIZ MARGARITA ALICIA CC: 52918385		
L.S.O.: RESOLUCION 12146			Código de Seguridad		
			R1429X1D1520		



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.495

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
23 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)		
			EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
LOMBANA RAMIREZ MARIA GUADALUPE			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			FEMENINO	53 AÑOS 7 MESES 16 DÍAS	CC 52015967
Cargo					Tipo Número
DOCENTE					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO SIN RESTRICCIONES					
Observaciones: NO APLICA					
APTO			CONSULTA EXTERNA MEDICO LABORAL		
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NO APLICA	NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL			✓		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		USO DE EPP		HACER DEPORTE	
		PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>					
Médico			Aspirante o Trabajador		
<p>Firma: </p> <p>Nombre: PALOMINO HERNANDEZ JOSE ALEJANDRO</p> <p>R. M.: 91070992 L.S.O.: RESOLUCION 12146 Código de Seguridad D1429J1P1495</p>			<p>Firma: </p> <p>Nombre: LOMBANA RAMIREZ MARIA GUADALUPE</p> <p>CC: 52015967</p>		



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.543

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
24 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)		
			EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
MORA TORRES DIANA MILENA			Genero	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			FEMENINO	38 AÑOS 8 MESES 3 DÍAS	CC 53134589
Cargo				Tipo	Número
SERVICIOS GENERALES					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL					
APTO SIN RESTRICCIONES					
Observaciones: NO APLICA					
N/A NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NO APLICA	NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL					
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : GAFAS		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
		SVE VISUAL : GAFAS		CONTROL DE PESO	
		SVE CARDIOVASCULAR : POR PESO ELEVADO		HACER DEPORTE	
		PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
CONTINUAR CON MEDIDAS DE AUTOCUIDADO, RECOMENDACIONES GENERALES Y DE SALUD OCUPACIONAL, DIETA BAJA EN GRASAS Y CALORIAS, EJERCICIO 3V/SEM 30 MIN POR VEZ, CORRECCION VISUAL SEGUN INDICACIONES DE OPTOMETRIA					
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
Médico			Aspirante o Trabajador		
 Firma: _____ Nombre: PERA GALVEZ ERIKA MARCELA			 Firma: MILENA MORA Nombre: MORA TORRES DIANA MILENA		
R. M.: RM. 01256/99 L.S.O.: LIC. SO: 10519/2016 Código de Seguridad			CC: 53134589		
			1142901U1543		



N° 1.481

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
23 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	
			Ciudad	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"	
Nombre de la empresa			Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
ROMAN HERNANDEZ DANIELA			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			FEMENINO	21 AÑOS 5 MESES 21 DÍAS
			Documento de Identificación	CC
			Tipo	Número
Carga			1052217547	
DOCENTE				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
APTO SIN RESTRICCIONES				
Observaciones: NO APLICA				
APTO		CONSULTA EXTERNA MEDICO LABORAL		
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		
		NO APLICA		
RECOMENDACIONES				
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:				
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				
✓				
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
		USO DE EPP		HACER DEPORTE
		PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>				
Médico		Aspirante o Trabajador		
Firma:		Firma:		
Nombre: PALOMINO HERNANDEZ JOSE ALEJANDRO		Nombre: ROMAN HERNANDEZ DANIELA		
R. M.: 91070992		CC: 1052217547		
L.S.O.: RESOLUCION 121406		Código de Seguridad		
		M1429S1Y1481		



N° 1.480

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)		TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
23 DÍA	02 MES	2024 AÑO	Ciudad		EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE-EMPLEO	
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE						
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa			Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)						
MATIZ HERNANDEZ MILENA			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			FEMENINO	39 AÑOS 11 MESES 8 DÍAS	CC	52748901
Cargos			Tipo Número			
DOCENTE						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL						
APTO SIN RESTRICCIONES						
Observaciones: NO APLICA						
APTO			CONSULTA EXTERNA MEDICO LABORAL			
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:						
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL						
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
		USO DE EPP		CONTROL DE PESO		
		PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
				HACER DEPORTE		
				DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>						
Médico			Aspirante o Trabajador			
Firma:			Firma: Milena Matiz			
Nombre: PALOMINO HERNANDEZ JOSE ALEJANDRO			Nombre: MATIZ HERNANDEZ MILENA			
R. M.: 91070992			CC: 52748901			
L.S.O.: RESOLUCION 1214			Código de Seguridad			
			N1429T1Z1480			



Salud IPS SAS
NIT 90051582-1
Calle 127B # 43 No 1 apt 101 Tel 348 48 19
322 891 5706 @chipsalutips@gmail.com

Medicina General, Laboratorio Clínico, Salud Ocupacional (examen ingreso,
egreso periódico, Audiometría, Visiometría)
Manipulación alimentos (Examen, curso y carne)
Dermatología

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Ciudad	BOGOTÁ	Fecha	09/02/24	Certificado	907	
Apellidos y Nombres del Aspirante			VARGAS PEREZ DIANA ALEJANDRA			
Identificación			1030544954			
Nombre de la Empresa			INDEPENDIENTE			
Empresa en Misión			INDEPENDIENTE			
Cargo (Perfil del Cargo Evaluado)			NUTRICIONISTA			
Fecha de Nacimiento	07/04/88	Dirección	CALLE 15ª 13ª 69		Teléfono	3132878242
EPS	SALUD TOTAL		ARL	POSITIVA	AFP	PROTECCIÓN



EVALUACION REALIZADA

TIPO DE EXAMEN		PRUEBAS COMPLEMENTARIAS							
PERIÓDICO	N/A	PRUEBAS VESTIBULARES		N/A	KOH LIÑAS		N/A	GLUCEMIA	N/A
INGRESO	SI	AUDIOMETRIA	SI	NORMAL	FROTIS GARGANTA		N/A	PARCIAL DE ORINA	N/A
EGRESO	N/A	VISIOMETRIA	SI	NORMAL	COPROLOGICO		N/A	SEROLOGIA	N/A
POST INCAPACIDAD	N/A	OPTOMETRIA		N/A	PERFIL LIPIDICO COMPL		N/A	ALCOHOL	N/A
MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS DATA CV	SI	ESPIROMETRIA		N/A	TRIGLICERIDOS		N/A	ABUSO DROGAS 5 ANALITOS	N/A

ANTECEDENTES DE ACCIDENTE DE TRABAJO(AT) Y/O ENFERMEDAD PROFESIONAL (EP)

AT		SI		NO	X	FECHA		EP	SI		NO	X	FECHA	
----	--	----	--	----	---	-------	--	----	----	--	----	---	-------	--

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO PARA EL CARGO	N/A	APTO PARA ALTURAS		N/A	N/A
APTO PARA EL CARGO CON RESTRICCIONES	N/A	EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO		N/A	N/A
APTO PARA EL CARGO CON RECOMENDACIONES	N/A	EXAMEN DE EGRESO NO SATISFACTORIO		N/A	N/A
EXAMEN PERIODICO APTO SATISFACTORIO	SI	NO APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS		N/A	N/A
EXAMEN PERIODICO APTO CON RECOMENDACIONES	N/A	RESTRINGIDO PARA MANIPULAR ALIMENTOS		N/A	N/A
APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS	N/A	APLAZADO		N/A	N/A

CONTROLES MEDICOS SUGERIDOS

GINECOLOGIA	NO	NUTRICION	NO	MEDICINA INTERNA	NO	AUDITIVA	NO	QUIMICO	NO
ORTOPEDIA	NO	OTORRINOLARINGOLOGO	NO	NEUROLOGIA	NO	CARDIOVASCULAR	NO	RESPIRATORIO	NO
DERMATOLOGIA	NO	OFTALMOLOGIA	NO	MEDICINA LABORAL	NO	ERGONOMICO Y OSM	NO	VISUAL	NO
NEUMOLOGIA	NO	OPTOMETRIA	NO	VASCULAR PERIFERICO	NO	PSICOLABORAL	NO	OTROS	NO

RECOMENDACIONES

Examen Médico Ocupacional Periódico	ANUAL	Uso de corrección Visual	NO
Realizar Pausas Activas Antes Durante y Después de Jornada Laboral	SI	Remisión a EPS	NO
Capacitación Manejo de Cargas	NO	Aplicación de protocolo Antes Durante y Después de la jornada	NO
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Aplicar distanciamiento Social	NO
Dieta y ejercicios rutinarios 30 minutos diarios	SI	Protocolo de Lavado de Manos, Uso de Tapabocas Obligatorio	NO

PACIENTE SANO, AUTOCUIDADO Y RECOMENDACIONES

Nombre del Paciente VARGAS PEREZ DIANA ALEJANDRA		Firma del Médico DR. DIEGO ANDRÉS SIERRA	
CC		Registro Médico: 25-2258-16	

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
26 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
Ciudad					
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR			PESO / 70 KG RH O+ ESTATURA/ 162 CM		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT.)					
LEIDY ROCIO ALVARADO MENDEZ			Género	Edad	Documento de Identificación
Apellidos y Nombres			FEMENINA	33 AÑOS	CC 1030577902
			Tipo	Número	
Cargo AUXILIAR ADMINISTRATIVO					
CONCEPTO DE APTITUD O CUPACIONAL CONDICIÓN DE SALUD ADECUADA PARA CONTINUAR DESEMPEÑADO LOS REQUERIMIENTOS DE LA TAREA Y DEL PERFIL DEL CARGO.					
Observaciones: APTO					
SI		APTO PARA LABORAR SIN RESTRICCIONES			
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
OPTOMETRÍA OCUPACIONAL		✓		COLESTEROL TOTAL	NO
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL		✓		TRIGLICERIDOS	NO
ESPIROMETRÍA OCUPACIONAL		✓		ANEXO ALTURAS	NO
ELECTROCARDIOGRAMA		✓		EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL PERIÓDICO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
GLICEMIA		NO		-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		NINGUNA			
		CAPACITACIÓN			
		USO DE EPP			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
<ul style="list-style-type: none"> ANTES DE REALIZAR UN TRABAJO EN ALTURA DEBE RECIBIR UN ENTRENAMIENTO Y ESTAR CERTIFICADO EN ESTA TAREA PARA PREVENIR ACCIDENTALIDAD. INSPECCIONAR LOS SISTEMAS ANTICAÍDAS ANTES Y DESPUÉS DE SER UTILIZADOS. USAR Y MANTENER EN BUEN ESTADO LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS (CASCO, ARNÉS DE CUERPO COMPLETO CON DOBLE ESLINGA, LÍNEA DE VIDA, CINTURÓN PORTAHERRAMIENTAS, ENTRE OTROS NECESARIOS SEGÚN LA LABOR A DESEMPEÑAR). RECORDAR QUE NO SE PUEDEN REALIZAR ACTIVIDADES EN ALTURAS EN ESTADO DE ALICORAMIENTO O BAJO EL EFECTO DE DROGAS ALUCINÓGENAS. MANTENER ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN COVID 19 SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST. MANTENER ALTO EL NIVEL DE ATENCIÓN Y EVITAR DISTRACCIONES QUE PUEDAN PROVOCAR UN ACCIDENTE. UTILIZACIÓN DE CALZADO CON SUELAS ANTIDESLIZANTES. MANTENER UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN. EVITAR LA OBESIDAD Y EL SEDENTARISMO. PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD. CUMPLIR Y MANTENER ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN COVID 19 SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST. INFORMAR OPORTUNAMENTE AL EMPLEADOR O CONTRATANTE ACERCA DE LOS PELIGROS Y RIESGOS LATENTES EN SU SITIO DE TRABAJO. 					

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

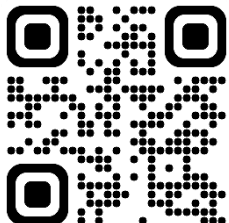
Juan Carlos Martínez F.
Médico Ocupacional
R.M. 79.801.504

Firma: _____

Nombre: JUAN CARLOS MARTÍNEZ

R. M.: 79801504

L.S.O.: 6033/2022

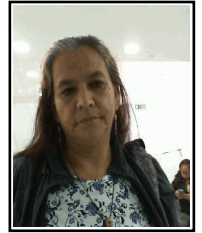


Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: _____

CC: XXXXXXXXXXXX



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

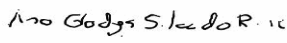
N° 1.259

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
SALAZAR ZULUAGA NUBIA STELLA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	52 AÑOS 5 MESES 1 DÍAS	CC	42102449
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo							
SERVICIOS GENERALES							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : EN SU EPS						HÁBITOS SALUDABLES	
						CONTROL DE PESO	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NINGUNA							
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:  Nombre: JIMENEZ MERCADO LINA MARGARITA R. M.: 706362008 L.S.O.: 15475-16				 Firma:  Nombre: SALAZAR ZULUAGA NUBIA STELLA CC: 42102449			
Código de Seguridad				CC: 42102449			
V1429B1H1259							



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.242

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
SALCEDO RUIZ ANA GLADYS				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	61 AÑOS 8 MESES 14 DÍAS	CC	35494290
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo							
AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO						HÁBITOS SALUDABLES	
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES						CONTROL DE PESO	
USAR CORRECCIÓN VISUAL							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.							
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.							
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.							
-USO PREVENTIVO DE MEDIAS DE COMPRESION							
-USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA				Nombre: SALCEDO RUIZ ANA GLADYS			

R. M.: 1015443100 L.S.O.: 5311 14/07/23 Código de Seguridad CC: 35494290

N1429T1Z1242



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.336

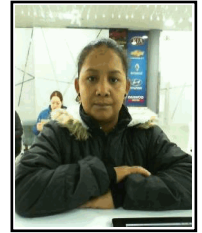
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
29 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
FORERO CASTRO FANNY				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	52 AÑOS 0 MESES 18 DÍAS	CC	52049020
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo							
AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PERSONALES:							
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.							
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.							
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA				Nombre: FORERO CASTRO FANNY			
R. M.: 1015443100				CC: 52049020			
L.S.O.: 5311 14/07/23				Código de Seguridad			
				H1429N1T1336			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.334

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
29 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO	
			Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
GIL MARIN LILIANA			Genero	Edad	Documento de Identificación
			FEMENINO	35 AÑOS 2 MESES 22 DÍAS	CC 1022353129
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
Cargo MANIPULADOR DE ALIMENTOS					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)					
Observaciones: NO APLICA					
N/A			NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)		
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL			✓		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
PERSONALES:					
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.					
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.					
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.					
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					
Médico			Aspirante o Trabajador		
Firma: 			Firma: 		
Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA			Nombre: GIL MARIN LILIANA		
R. M.: 1015443100		L.S.O.: 5311 14/07/23	Código de Seguridad		CC: 1022353129
			Y1429E1K1334		



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

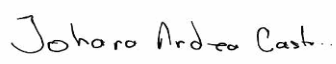
N° 1.243

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
MARTINEZ PERALES ESMERALDA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	26 AÑOS 5 MESES 21 DÍAS	CC	1003334289
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo MANIPULADORA DE ALIMENTOS							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
						HÁBITOS SALUDABLES	
						CONTROL DE PESO	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.							
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.							
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA				Nombre: MARTINEZ PERALES ESMERALDA			
R. M.: 1015443100		L.S.O.: 5311 14/07/23		Código de Seguridad		CC: 1003334289	
				T1429Z1F1243			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.289

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
CASTRO RESTREPO JOHANA ANDREA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	38 AÑOS 4 MESES 21 DÍAS	CC	53134400
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos MANIPULADORA DE ALIMENTOS							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO						HÁBITOS SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL						CONTROL DE PESO	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NINGUNA							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: JIMENEZ MERCADO LINA MARGARITA				Nombre: CASTRO RESTREPO JOHANA ANDREA			
R. M.: 706362008		L.S.O.: 15475-16		Código de Seguridad		CC: 53134400	
				M1429S1Y1289			



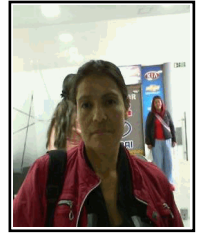
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.293

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
MARIN SANTAMARIA GLADYS SOFIA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	56 AÑOS 8 MESES 3 DÍAS	CC	63370159
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos MANIPULADORA DE ALIMENTOS							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO						HÁBITOS SALUDABLES	
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES						CONTROL DE PESO	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS. - ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN. - MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL. -CONTINUAR MANEJO FARMACOLOGICO PARA PATOLOGIA DE BASE Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA DE SU EPS, SIN LIMITACION PARA SU LABOR ACTUAL -USO DIARIO DE MEDIAS DE COMPRESION							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA				Nombre: MARIN SANTAMARIA GLADYS SOFIA			

R. M.: 1015443100 L.S.O.: 5311 14/07/23 Código de Seguridad CC: 63370159

E1429K1Q1293



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.285

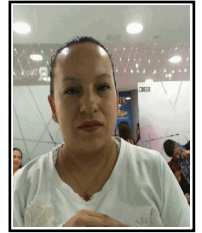
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
RUIZ CASTILLO OLGA MARINA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	53 AÑOS 2 MESES 9 DÍAS	CC	52066022
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo MANIPULADORA DE ALIMENTOS							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO						HÁBITOS SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NINGUNA							
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico Firma:  Nombre: JIMENEZ MERCADO LINA MARGARITA R. M.: 706362008 L.S.O.: 15475-16				Aspirante o Trabajador  Firma:  Nombre: RUIZ CASTILLO OLGA MARINA CC: 52066022			
R. M.: 706362008 L.S.O.: 15475-16				Código de Seguridad B1429H1N1285			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.240

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
MENDEZ CARDENAS CAROLINA ANDREA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	26 AÑOS 10 MESES 28 DÍAS	CC	1012440666
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos							
SERVICIOS GENERALES							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
						HÁBITOS SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NINGUNA							
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: JIMENEZ MERCADO LINA MARGARITA				Nombre: MENDEZ CARDENAS CAROLINA ANDREA			
R. M.: 706362008		L.S.O.: 15475-16		Código de Seguridad		CC: 1012440666	
				L1429R1X1240			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.279

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
CABALLERO BENAVIDES LILIANA MARCELA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	35 AÑOS 2 MESES 25 DÍAS	CC	1030549835
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo AUXILIAR PEDAGÓGICA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
						HÁBITOS SALUDABLES	
						CONTROL DE PESO	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.							
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.							
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA				Nombre: CABALLERO BENAVIDES LILIANA MARCELA			
R. M.: 1015443100		L.S.O.: 5311 14/07/23		Código de Seguridad		CC: 1030549835	
				C14291101279			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.231

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
CRUZ RAMIREZ ANGY JULIETH				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	29 AÑOS 0 MESES 12 DÍAS	CC	1033770570
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo AUXILIAR PEDAGÓGICA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR CONTROLES PRENATALES Y POR ESPECIALISTA TRATANTE EN SU EPS						HÁBITOS SALUDABLES	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NINGUNA							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: JIMENEZ MERCADO LINA MARGARITA				Nombre: CRUZ RAMIREZ ANGY JULIETH			
R. M.: 706362008		L.S.O.: 15475-16		Código de Seguridad		CC: 1033770570	
				P1429V1B1231			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.284

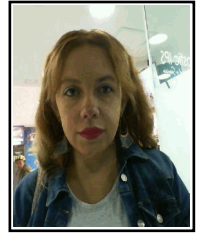
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
GUERRERO CAUCALI ELSA PAOLA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	36 AÑOS 7 MESES 20 DÍAS	CC	1024472389
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos							
AUXILIAR PEDAGÓGICA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
						DEJAR DE FUMAR	
						HÁBITOS SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.							
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.							
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.							
-TOMA DE CITOLGIA							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA				Nombre: GUERRERO CAUCALI ELSA PAOLA			
R. M.: 1015443100		L.S.O.: 5311 14/07/23		Código de Seguridad		CC: 1024472389	
				W1429C1I1284			



N° 1.347

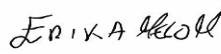
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

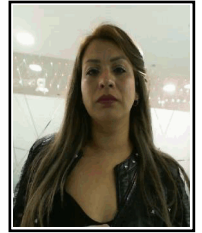
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
29 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
RIVERA ROJAS ANGIE PAOLA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	26 AÑOS 11 MESES 28 DÍAS	CC	1022423149
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo AUXILIAR PEDAGOGICA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
<p>PERSONALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> -REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS. - ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN. - MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL. - CONTINUAR CONTROLES PRENATALES <p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:  Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA R. M.: 1015443100 L.S.O.: 5311 14/07/23				 Firma:  Nombre: RIVERA ROJAS ANGIE PAOLA CC: 1022423149			
R. M.: 1015443100 L.S.O.: 5311 14/07/23				Código de Seguridad D1429J1P1347			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.258

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
MELO MORERA ERIKA LORENA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	33 AÑOS 4 MESES 3 DÍAS	CC	1018436914
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo DOCENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO						HACER DEPORTE	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.							
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.							
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.							
-CONTINUAR CON ADHERENCIA FARMACOLOGICA PARA TRATAMIENTO DE PATOLOGIA DE BASE							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA				Nombre: MELO MORERA ERIKA LORENA			
R. M.: 1015443100		L.S.O.: 5311 14/07/23		Código de Seguridad		CC: 1018436914	
				L1429R1X1258			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

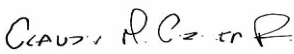
N° 1.288

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
GOMEZ RAMIREZ LADY VIVIANA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	34 AÑOS 10 MESES 8 DÍAS	CC	1073680194
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo DOCENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES						HÁBITOS SALUDABLES	
						FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
						CONTROL DE PESO	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NINGUNA							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: JIMENEZ MERCADO LINA MARGARITA				Nombre: GOMEZ RAMIREZ LADY VIVIANA			
R. M.: 706362008		L.S.O.: 15475-16		Código de Seguridad		CC: 1073680194	
				C14291101288			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.287

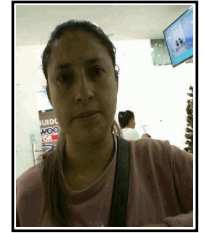
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
CORREA RINCON CLAUDIA MARCELA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	40 AÑOS 5 MESES 7 DÍAS	CC	52758632
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos DOCENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL						HÁBITOS SALUDABLES	
						CONTROL DE PESO	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA LABOR							
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:  Nombre: JIMENEZ MERCADO LINA MARGARITA R. M.: 706362008 L.S.O.: 15475-16				 Firma:  Nombre: CORREA RINCON CLAUDIA MARCELA CC: 52758632			
Código de Seguridad				CC: 52758632			
C14291101287							



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.274

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
GONZALEZ SALINAS NUBIA HELENA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	49 AÑOS 6 MESES 6 DÍAS	CC	46676579
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo DOCENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
						HÁBITOS SALUDABLES	
						CONTROL DE PESO	
						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NINGUNA							
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico Firma:  Nombre: JIMENEZ MERCADO LINA MARGARITA R. M.: 706362008 L.S.O.: 15475-16				Aspirante o Trabajador Firma:  Nombre: GONZALEZ SALINAS NUBIA HELENA CC: 46676579			
				 Código de Seguridad 01429U1A1274			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.262

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
GIL MARIN MARIA CRISTINA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	37 AÑOS 4 MESES 13 DÍAS	CC	1033681424
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo DOCENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.							
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.							
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.							
-USO DE MEDIAS DE COMPRESION							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA				Nombre: GIL MARIN MARIA CRISTINA			
R. M.: 1015443100		L.S.O.: 5311 14/07/23		Código de Seguridad		CC: 1033681424	
				E1429K1Q1262			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.290

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
GOMEZ LAVERDE BRIGITTE SAMIRA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	27 AÑOS 10 MESES 13 DÍAS	CC	1023949610
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo DOCENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR						HÁBITOS SALUDABLES	
CONTROLES PRENATALES EN SU EPS							
USAR CORRECCIÓN VISUAL							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NINGUNO							
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico Firma:  Nombre: JIMENEZ MERCADO LINA MARGARITA R. M.: 706362008 L.S.O.: 15475-16				Aspirante o Trabajador  Firma:  Nombre: GOMEZ LAVERDE BRIGITTE SAMIRA CC: 1023949610			
R. M.: 706362008 L.S.O.: 15475-16				Código de Seguridad W1429C111290			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.232

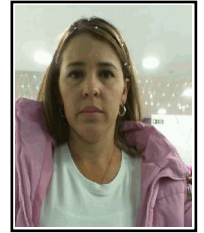
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
15 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
CAMELO JENIFFER YULIETH				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	31 AÑOS 2 MESES 9 DÍAS	CC	1024533613
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo AGENTE EDUCATIVA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
						HÁBITOS SALUDABLES	
						CONTROL DE PESO	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.							
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.							
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA				Nombre: CAMELO JENIFFER YULIETH			
R. M.: 1015443100		L.S.O.: 5311 14/07/23		Código de Seguridad		CC: 1024533613	
				Z1429F1L1232			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

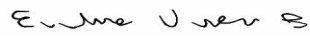
N° 1.280

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
ORTEGON SERRATO MAYERLI				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	31 AÑOS 5 MESES 18 DÍAS	CC	1030612039
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos DOCENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
					HÁBITOS SALUDABLES		
					CONTROL DE PESO		
					HACER DEPORTE		
					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NINGUNA							
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: JIMENEZ MERCADO LINA MARGARITA				Nombre: ORTEGON SERRATO MAYERLI			
R. M.: 706362008		L.S.O.: 15475-16		Código de Seguridad		CC: 1030612039	
				J1429P1V1280			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

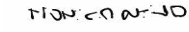
N° 1.282

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
VARGAS BERMUDEZ EVELIN JULIETH				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	33 AÑOS 1 MESES 5 DÍAS	CC	1116789182
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo DOCENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS						HÁBITOS SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
NINGUNA							
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							
Médico Firma:  Nombre: JIMENEZ MERCADO LINA MARGARITA R. M.: 706362008 L.S.O.: 15475-16				Aspirante o Trabajador Firma:  Nombre: VARGAS BERMUDEZ EVELIN JULIETH CC: 1116789182			
R. M.: 706362008 L.S.O.: 15475-16				Código de Seguridad B1429H1N1282			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.342

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
29 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
NIÑO ESPITIA MONICA LETICIA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	33 AÑOS 5 MESES 2 DÍAS	CC	1030577538
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo AGENTE EDUCATIVA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
						HÁBITOS SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
PERSONALES:							
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.							
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.							
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA				Nombre: NIÑO ESPITIA MONICA LETICIA			
R. M.: 1015443100		L.S.O.: 5311 14/07/23		Código de Seguridad		CC: 1030577538	
				F1429L1R1342			



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

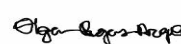
N° 1.277

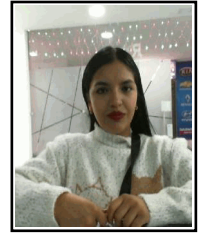
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
CUCARIAN ROBAYO LILIANA MARIA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	35 AÑOS 11 MESES 27 DÍAS	CC	1054372516
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo DOCENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
						HÁBITOS SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
- REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.							
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.							
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA				Nombre: CUCARIAN ROBAYO LILIANA MARIA			
R. M.: 1015443100		L.S.O.: 5311 14/07/23		Código de Seguridad		CC: 1054372516	
W1429C1I1277							



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.272

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
16 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
ROJAS ARAQUE OLGA CUSTODIA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	51 AÑOS 9 MESES 25 DÍAS	CC	39800201
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargos DOCENTE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR MEDIAS ANTIVÁRICES						HÁBITOS SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.							
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.							
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.							
-USO DE MEDIAS DE COMPRESION DE BAJA INTENSIDAD (PREVENTIVAS)							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA				Nombre: ROJAS ARAQUE OLGA CUSTODIA			
R. M.: 1015443100		L.S.O.: 5311 14/07/23		Código de Seguridad		CC: 39800201	
				N1429T1Z1272			

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL****N° 1.321**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
28 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"				FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
CRISTANCHO RODRIGUEZ JAILY TATIANA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	20 AÑOS 3 MESES 1 DÍAS	CC	1001065303
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo AUXILIAR ADMINISTRATIVO							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
TRABAJO ADMINISTRATIVO:							
LABORALES:							
-CAPACITACIÓN EN FACTORES DE RIESGO Y EN PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y LESIONES DE ORIGEN LABORAL.							
- INDUCCION EN HIGIENE POSTURAL Y AUTOCUIDADO DE COLUMNA.							
-PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO CON EL PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.							
-INCENTIVAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN SITIO DE TRABAJO.							
PERSONALES:							
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.							
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.							
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							

Médico

Firma:



Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA

R. M.: 1015443100

L.S.O.: 5311 14/07/23



Código de Seguridad

O1429U1A1321

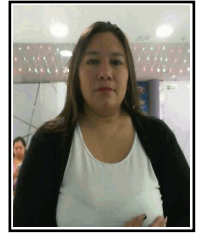
Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: CRISTANCHO RODRIGUEZ JAILY TATIANA

CC: 1001065303



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.319

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
28 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE EGRESO	
			Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"			FUNDACION ARCOIRIS DE AMOR "FUNDAIRIS"		
Nombre de la empresa			Empresa en misión		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
PEÑUELA MUÑOZ DIANA ROCIO			Genero	Edad	Documento de Identificación
			FEMENINO	39 AÑOS 4 MESES 5 DÍAS	CC 53098592
Apellidos y Nombres				Tipo	Número
Cargo COORDINADOR					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SATISFACTORIO (NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL)					
Observaciones: NO APLICA					
N/A			NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)		
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL			-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				CONTROL DE PESO	
				HACER DEPORTE	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
TRABAJO ADMINISTRATIVO:					
LABORALES:					
-CAPACITACIÓN EN FACTORES DE RIESGO Y EN PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y LESIONES DE ORIGEN LABORAL.					
- INDUCCION EN HIGIENE POSTURAL Y AUTOCUIDADO DE COLUMNA.					
-PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO CON EL PROGRAMA ESTABLECIDO POR LA EMPRESA.					
-INCENTIVAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN SITIO DE TRABAJO.					
PERSONALES:					
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA CARDIOVASCULAR 2 A 3 VECES A LA SEMANA POR 30 MINUTOS.					
- ALIMENTACIÓN BALANCEADA, DIETA NORMOCALÓRICA RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BUENA HIDRATACIÓN.					
- MANTENER UNA BUENA SALUD E HIGIENE VISUAL.					
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.					

Médico

Firma:



Nombre: FORERO BECERRA LAURA CATALINA

R. M.: 1015443100

L.S.O.: 5311 14/07/23



Código de Seguridad

P1429V1B1319

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: PEÑUELA MUÑOZ DIANA ROCIO

CC: 53098592

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 01

Hora: 72:00 pm

Fecha: 21 Feb. 2024

Lugar: HI GERONA

Dependencia que
Convoca: REGIONAL BOGOTA ICBF - GRUPO ADMINISTRATIVO

Proceso: APOYO - ADMINISTRATIVO

Objetivo: ENTREGA DE INVENTARIO

Agenda:

Verificación de los elementos según listado adjunto.

Desarrollo: Se realizó el recorrido por el hogar infantil, constituyendo los inventarios.

Se relaciona los siguientes elementos sobrantes

- 2 lavamanos portatil 1- mano - 1 adulto
- 1 lavadora central
- 1 rallinmetro
- 1 pesa bebe - 1 para adulto
- 1 infantometro

- 3 archiveros metálicos
- 1 equipo de sonido panasonic
- 1 portatil lenovo - clave: medellin
- 1 pc todo en uno - windows 10: Gerona 2022
- 5 ventiladores universal
- 1 mini nevera
- 2 columnas de sonido QSC

Decisiones:

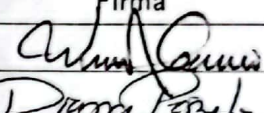
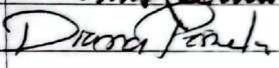
¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

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

	PROCESO MEJORA E INNOVACIÓN FORMATO ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ	F9 P1.MI	25/01/2024	
		Versión 9	Página 2 de 2	

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
William Casanova	Contratista	ICBF	
Diana Rocío Pineda Muñoz	Coordinadora	Fundación	
Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar

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



PROTOCOLO DE NIÑOS Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD H.I GERONA

1. OBJETIVOS

Objetivo General

Crear espacios y entornos que permitan impulsar procesos de inclusión desde edades tempranas garantizando el cuidado, la protección y el camino hacia el cumplimiento de derechos que tienen los niños y las niñas con discapacidad, contando siempre con el apoyo diario de las agentes educativas y el talento humano junto con todo el equipo de profesionales, así como el acompañamiento de la educadora especial.

Objetivos específicos

- Solicitar a las familias los presuntos diagnósticos y / o diagnósticos de los niños y las niñas con discapacidad para ser presentados en la institución con soporte médico.
- Atender de forma correcta y oportuna las necesidades, intereses, características y particularidades de los niños y niñas con discapacidad.
- Prestar servicios profesionales en Educación Especial para el apoyo, orientación y acompañamiento en el Proceso Pedagógico de Inclusión en la Educación Inicial, de los niños y niñas en condición de discapacidad y/ o con alteraciones en el desarrollo, en las Unidades de servicio de la Fundación Arcoíris de Amor.
- Acompañar a las familias en los procesos de inclusión desde el enfoque diferencial a través de cualificaciones.
- Implementar y evaluar los procesos de formación dirigidos a las agentes educativas de la primera infancia y el talento humano en general.
- Apoyar las Transiciones efectivas y armónicas (TEA) transito armónico al sistema educativo formal, apoyo que implica tener en cuenta la ficha de caracterización y la entrega pedagógica a razón de que la institución educativa formal (pública o privada) a donde transite el niño o niña con discapacidad, identifique barreras y facilitadores que puedan favorecer los procesos de inclusión.
- Diseñar planes caseros teniendo en cuenta las necesidades, particularidades, intereses, de los niños y niñas.

2. JUSTIFICACIÓN

El presente protocolo identifica la eliminación de barreras y pasos a seguir en el proceso de vinculación de los niños y niñas con discapacidad teniendo en cuenta que el enfoque diferencial y la inclusión social contribuyen a que la primera infancia encuentre condiciones para vivir bien y puedan sostener interacciones de mutuo reconocimiento



desde la diversidad y la diferencia , desde la solidaridad y desde la fraternidad, haciendo referencia concretamente con la no discriminación y la eliminación a los prejuicios, lo que hace que niños y niñas construyan sus propios conceptos de lo humano, y se interrelacionen de manera adherente y comprometida con el respeto a la otredad y a las características personales e individuales.

VOCABULARIO

Inclusión: Enfoque que responde positivamente a la diversidad de los niños y las niñas y a las diferencias individuales, **entendiendo que la diversidad no es un problema, sino una oportunidad para el enriquecimiento de la sociedad**, a través de la activa participación en la vida familiar, en la educación, en el trabajo y en general en todos los procesos sociales, culturales, y en las comunidades. Unesco (2005).

Educación inclusiva: se entiende que el sistema educativo en particular y los diferentes sectores sociales en general, requieren actuar creando condiciones favorables que eliminen las barreras que produce el medio; representa la oportunidad de pensar el sistema educativo en general, a través del cual se materializan enfoques y compromisos sociales de derecho; y se guía por un horizonte que se concreta en principios de equidad, pertinencia y relevancia⁵

Dialogo de saberes: es una ventana de oportunidades en donde se intercambian ideas, sentires, creencias, nociones, conceptos, prácticas, historias de vida, deseos, vivencias y emociones para reconociendo al otro como sujeto de derechos con conocimientos y posiciones diversas.

Inclusión social: implica reconocer el ejercicio de los derechos de todas las personas, aperturar espacios y mecanismos de participación con incidencia y promoción del reconocimiento de las personas desde su infancia a partir del reconocimiento de la diversidad, de las características, capacidades y potencialidades como sujetos activos y titulares de derechos¹⁰

Desarrollo integral: es un proceso singular de transformaciones y cambios de tipo cualitativo y cuantitativo mediante el cual el sujeto dispone de sus características, capacidades, cualidades y potencialidades, para estructurar progresivamente su identidad y su autonomía¹

Discapacidad: es una condición del ser humano que hace parte de las formas en que se manifiesta la diversidad. Se caracteriza por presentar variaciones o alteraciones transitorias o permanentes en el desarrollo de las niñas, niños y mujeres gestantes, las cuales pueden ser físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, que inciden en la participación de las actividades de la vida diaria.

Diseño universal para el aprendizaje: DUA se entenderá como el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. El diseño



universal no excluirá las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se necesiten

Diversidad: hace referencia a la existencia de seres definidos como diferentes entre sí y que no necesariamente deben someterse a una única norma; diverso es aquello que mantiene múltiples manifestaciones igualmente válidas y con sentido¹¹. Esto significa que nos enfrentamos a diversas infancias, marcadas no solo por la pertenencia a un grupo social, sino también por la forma particular en que la vida de cada niño y cada niña se manifiesta en sus entornos, sus intereses, formas de aprendizaje, entre otros.¹²

Educación inicial: derecho impostergable de niños y niñas menores de 6 años. Se concibe como un proceso educativo y pedagógico intencional, permanente y estructurado, a través del cual los niños y las niñas desarrollan su potencial, capacidades y habilidades en el juego, el arte, la literatura y la exploración del medio, contando con la familia como actor central de dicho proceso.

Enfoque diferencial: de acuerdo con lo definido en el Modelo de Enfoque Diferencial de Derechos (MEDD) del ICBF:

El enfoque diferencial es un método de análisis y actuación, que reconoce las inequidades, riesgos y vulnerabilidades y valora las capacidades y la diversidad de un determinado sujeto -individual o colectivo-, para incidir en el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de la política pública, con miras a garantizar el goce efectivo de derechos, en especial el derecho a la igualdad y no discriminación. Se implementa a través de: acciones afirmativas, adecuación de la oferta institucional, desarrollo de oferta especializada¹³

El enfoque diferencial plantea que es necesario que todas las personas sean tratadas de la misma manera es decir que las acciones que plantea la unidad de servicio no solo apuntan a centrarse en lo poblacional, sino que va más allá dado a que contribuye a fortalecer la educación inicial desde un enfoque diferencial, el cual consolide las condiciones necesarias para la inclusión educativa y social. Gracias a esta Mirada, será posible avanzar en:

- ***La identificación, de unos ajustes y de unos apoyos específicos para garantizar su crecimiento y su pleno desarrollo.***
- ***En que la diversidad en la primera infancia se revela de múltiples formas. En promover experiencias pedagógicas fundamentadas en el respeto en los ritmos de desarrollo, de aprendizaje.***
- ***En cada una de las dimensiones del desarrollo de la primera infancia.***
- ***En las múltiples maneras donde se establecen formas únicas de conocer y de relacionarse con el entorno.***
- ***En la necesidad de crear espacios, facilitando condiciones, construir mecanismos y definir estrategias pedagógicas***

Se trata en últimas de armonizar la riqueza proveniente de las diferencias, con el fin de enriquecer los procesos de desarrollo de los niños, niñas y sus familias.



⁵MEN: 2012

¹⁰Política Pública de Infancia y Adolescencia 2011 - 2021

¹⁰ Ley 1804 de 2016 “Por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones”. Art. 4, Numeral a.

¹¹ (Editorial Definición MX, 2014)

¹² comisión Intersectorial para la Primera Infancia. Lineamiento

¹³Tomado del portal web del ICBF: Proceso Direccionamiento Estratégico” Modelo de Enfoque Diferencial de Derechos del ICBF (MEDD)” el cual se adopta por la Resolución 1264 del 2 de marzo de 2017.

1. Manual operativo modalidad institucional.

2. Anexos y orientaciones para la atención de niños, niñas y adolescentes y mujeres gestantes con discapacidad en las modalidades y 3.

3. servicios de la primera infancia del ICBF. 4. Orientaciones para implementar el enfoque diferencial étnico a partir del reconocimiento y respeto de la diversidad.

5. Guía orientadora de acompañamiento a familias con niños y niñas con discapacidad.

6. Instructivo orientaciones para la inclusión de la primera infancia con discapacidad y alteraciones en el desarrollo “entre pares”

Familia: es una compleja red de relaciones permanentes y estables, basada en el lazo afectivo y en las funciones y roles de sus miembros, que proporciona a sus integrantes experiencias que contribuyen a su desarrollo e identidad individual y social, así como a la construcción de formas de ver el mundo y de vincularse a él mediante la adquisición de los elementos de la cultura en la que está inscrita.¹⁶

Grupo étnico: para la Corte Constitucional Colombiana, la definición de un grupo étnico comprende dos condiciones, una subjetiva y otra objetiva. La primera, está relacionada con la conciencia de la identidad étnica, es decir; “(...) La conciencia que tienen los miembros de su especificidad, es decir, de su propia individualidad, a la vez que, de su diferenciación de otros grupos humanos, y el deseo consciente en mayor o menor grado, de pertenecer a él, de seguir siendo lo que son y han sido hasta el presente”. (De Obieta Chalbaud, 1989, p.43, citado en Corte Constitucional¹⁷, 1996) La segunda se refiere a “los elementos materiales que distinguen al grupo, comúnmente reunidos en el concepto de “cultura”. Este término hace relación básicamente al conjunto de creaciones, instituciones y comportamientos colectivos de un grupo humano. (...) el sistema de valores que caracteriza a una colectividad humana.” En este conjunto se entienden agrupadas, entonces, características como la lengua, las instituciones políticas y jurídicas, las tradiciones y recuerdos históricos, las creencias religiosas, las costumbres (folclore) y la mentalidad o psicología colectiva que surge como consecuencia de los rasgos compartidos”. (De Obieta Chalbaud, 1989, p.38 y 39, citado en Corte Constitucional, 1996)

Interculturalidad: tiene como propósito fundamental el diálogo equitativo entre culturas, lo que implica que estas, en medio de sus particularidades, encuentran formas de relacionamiento y encuentro que les permite continuar su existencia sin dañarse mutuamente. En este sentido, la interculturalidad es un proyecto político¹⁸ que propende



por la construcción de relaciones horizontales, en la que se reconoce la perspectiva de cada uno sin perder de vista la necesidad de lograr objetivos comunes.¹⁹

Persona con discapacidad: son ciudadanos sujetos de derechos, seres singulares y diversos, que son parte activa de los entornos propios de la primera infancia a través de los cuales se les debe garantizar las atenciones que propendan por su desarrollo integral en el marco de inclusión y protección.

¹⁶ fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión. Atención Integral a la Primera Infancia. De Cero a Siempre.

¹⁷ Corte Constitucional – Sentencia T-349 de 1996 – Magistrado Ponente Carlos Gaviria Díaz

¹⁸ “El ejercicio de la interculturalidad es netamente político, puesto que busca llegar a la creación de condiciones para el establecimiento de relaciones horizontales de diálogo entre diferentes. Es decir, la interculturalidad comprende las relaciones generadas y vivenciadas desde la valoración y respeto por el otro, en la búsqueda de condiciones de igualdad desde las diferencias.” Consejo Regional Indígena del Cauca.

¹⁹ Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión. Atención Integral a la Primera Infancia. De Cero a Siempre

1. Manual operativo modalidad institucional.

2. Anexos y orientaciones para la atención de niños, niñas y adolescentes y mujeres gestantes con discapacidad en las modalidades y 3.

3. servicios de la primera infancia del ICBF. 4. Orientaciones para implementar el enfoque diferencial étnico a partir del reconocimiento y respeto de la diversidad.

5. Guía orientadora de acompañamiento a familias con niños y niñas con discapacidad.

6. Instructivo orientaciones para la inclusión de la primera infancia con discapacidad y alteraciones en el desarrollo “entre pares”

Perspectiva de diversidad: "desde la Política de Atención Integral a la Primera Infancia, la perspectiva de reconocimiento, respeto y celebración de la diversidad apunta a la protección integral de los derechos de los niños y las niñas (derechos individuales) y los de sus familias y comunidades (derechos colectivos). Esto significa que partimos del reconocimiento de la diversidad y singularidad de las formas de vida y desarrollo de los niños y niñas, al tiempo que propendemos por la prevención y la eliminación de la discriminación de los niños, niñas, sus familias y comunidades, en todas las formas de interacción y acción de las entidades (públicas y privadas) que garantizan la atención integral a la primera infancia, así como en las relaciones cotidianas que tejemos alrededor de los niños y las niñas. Reconocemos la importancia de ver la diversidad como potencia y posibilidad de disfrute. Desde la idea de “poner a los niños y niñas en el centro”, hemos propuesto entender su complejidad y diversidad, lo que, por supuesto incluye las condiciones de vulnerabilidad, pero no se agota en ellas, sino que las ve de manera paralela a sus fortalezas, aquello que les gusta, les interesa, sus potencialidades”²³.

Reflexión Pedagógica

Las jornadas de reflexión pedagógica son espacios participativos de diálogo sobre el proceso pedagógico que le dan acento y sentido a la educación inicial, permitiendo que se vincule todo el talento humano en torno al abordaje de elementos estructurales del quehacer pedagógico. Esto hace necesario flexibilizar la implementación de estos espacios aprovechando recursos tecnológicos que propicien la gestión del conocimiento, enriquezcan el quehacer pedagógico y favorezcan el acompañamiento a las familias, cuidadores, niñas, niños.



Plan casero:

Son actividades para los niños y niñas de inclusión que presentan dificultades en su área del desarrollo, el cual es diseñado por la profesional de educación especial y entregado a su familia o cuidador con el fin de ser implementado con regularidad en el ambiente familiar incluye la periodicidad, y el orden de las mismas.

²³comisión Intersectorial para la Primera Infancia. Lineamiento para la Atención Integral a la Primera Infancia en perspectiva de respeto y reconocimiento de la diversidad. 2016

1.Manual operativo modalidad institucional.

2.Anexos y orientaciones para la atención de niños, niñas y adolescentes y mujeres gestantes con discapacidad en las modalidades y 3. Servicios de la primera infancia del ICBF.4. Orientaciones para implementar el enfoque diferencial étnico a partir del reconocimiento y respeto de la diversidad.

5.Guía orientadora de acompañamiento a familias con niños y niñas con discapacidad.

6. Instructivo orientaciones para la inclusión de la primera infancia con discapacidad y alteraciones en el desarrollo “entre pares”

Celebrar La Diversidad, Alcaldía Mayor De Bogotá, 2015

Política Publica de Infancia y Adolescencia 2011 - 2021

Ficha de caracterización

Formato caracterización Individual de niñas niños y adolescentes con discapacidad:

Es un documento que busca la articulación entre la educadora especial, las agentes educativas, familiares y demás profesionales , permitiendo construir un espacio de encuentro y diálogo de saberes que permite socializar estrategias, percepciones, creencias , expectativas de la familia, descripción de las habilidades, destrezas y capacidades de las niñas y niños con discapacidad, de igual manera las barreras encontradas en el proceso de inclusión social, cuidado y comportamiento del niño, niña con discapacidad que se vincula a la unidad de servicio a partir del reconocimiento de las historias de vida con el fin de que las fichas de caracterización se conviertan en una herramienta la cual sea efectiva en el momento del tránsito armónico al sistema educativo formal.

Planeación Pedagógica con Enfoque Diferencial:

Con relación a la planeación pedagógica es importante destacar que “no debe existir” una planeación distinta para los niños y las niñas con discapacidad, en el diseño de experiencias y actividades pensadas para el disfrute y vivencia de las actividades rectoras de la primera infancia, no obstante, las apuestas pedagógicas deben contemplar la participación activa contemplando los ajustes razonables que requieren de acuerdo a las acciones, modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida para el o ella y las agentes educativas, en igualdad de condiciones como los demás.



Existen apoyos que referencian el tipo y frecuencia de un acompañamiento (por un adulto, familiar o cuidador) que puede requerir una niña o niño con discapacidad para garantizar su participacion con equidad en las experiencia pedagogicas en diversos escenarios de las UDS/UCA

La educadora especial en compañía de la agente educativa y profesionales de acuerdo a la ficha de caracterizacion revisaran la intensidad de los apoyos los cuales se muestran de menor a mayor intensidad.

Apoyo Intermitente (I)

La niña o niño con discapacidad no necesita continuamente del apoyo directo o acompañamiento del adulto al interior de la UDS/UCA.

Apoyo Limitado: (L) La niña o niño con discapacidad necesita de un apoyo intensivo de poca duracion al interior de la UDS/UCA. El apoyo puede ser de un adulto , familiar o cuidador.

Apoyo Generalizado: (G) La niña o niño con discapacidad necesita de un apoyo de maxima persistencia y bastante frecuencia al interior de la UDS y /o CUA y requiere de la intervencion directa del adulto familiar y / o cuidador para lograr un participacion con equidad.

1.Manual operativo modalidad institucional.

2.Anexos y orientaciones para la atención de niños, niñas y adolescentes y mujeres gestantes con discapacidad en las modalidades y 3.

3. Servicios de la primera infancia del ICBF.4. Orientaciones para implementar el enfoque diferencial étnico a partir del reconocimiento y respeto de la diversidad.

5.Guía orientadora de acompañamiento a familias con niños y niñas con discapacidad.

6. Instructivo orientaciones para la inclusión de la primera infancia con discapacidad y alteraciones en el desarrollo “entre pares”

Celebrar La Diversidad, Alcaldía Mayor De Bogotá, 2015

Política Publica de Infancia y Adolescencia 2011 - 2021



Sobre lo mencionado anteriormente se presenta a modo de ejemplo, un cuadro que representa el tipo de apoyo de acuerdo a la discapacidad, el seguimiento, observación, registrado por la educadora especial, la agente educativa, familia, psicosocial y profesionales de la salud.

		Describe el Apoyo						
Actividad	Necesita Apoyo		Producto, Acción y /o Persona	Intensidad del Apoyo				
Como contarle a los niños y niñas que va a ingresar un niño con discapacidad visual			Se sensibilizará a los niños y niñas de manera muy natural y se les indicará que Sofia participará de todas las actividades, no obstante, se necesitará tener en cuenta: Saludar a la niña en voz alta. ... Preguntarle si le gustaría ayuda. ... Al caminar , ofrécele tu brazo haciendo que toque la parte trasera del mismo, justo encima del codo. ... Ayuda a la niña a usar las escaleras. ... Ayuda a la niña sentarse. ... Ayuda a la niña a sentarse en el comedor.					
Entrenamiento en orientación y movilidad	Si	No	Ejemplo: Sofia tiene discapacidad visual, la educadora especial y la agente educativa deben ayudar a Sofia a desplazarse por los diferentes espacios de la unidad de servicio para llevar a cabo la participación se tendrá en cuenta: Concientización de los sentidos: Las planeaciones pedagógicas serán igual para todos los niños y niñas, sin embargo, el ajuste razonable será enfocado en reforzar el oído, el olfato, el tacto y la autopercepción. Conceptos de espacio: ¡Enseñar a Sofia de que los objetos existen! pueden oírse o tocarse y enseñar la relación que existe entre los objetos en el medioambiente.	I	L	E	G	N/A
		X						



			<p>Habilidades de búsqueda: Localizar cosas y lugares de manera eficiente en la UDS</p> <p>Movimiento independiente: gatear, rodar, caminar, etc.</p> <p>Guía con vista: solicitar a un niño como ayuda para desplazarse.</p> <p>Técnicas de protección propia: habilidades específicas que provean protección adicional en los sitios extraños.</p>				
Optimizar su Desarrollo	X		<p>Para desplazarse Sola: Sofia necesitará conocer el lugar de la UDS, animarla a recorrer y explorar con sus manos, cuando se desplace se le indicará que su compañerito o compañerita le contarán que se encuentra en el camino! Ejemplo: estamos entrando al comedor, toca el tapete con tus pies y manos, contemos cuantos escalones bajamos. Como no camina sola se debe animar a caminar cerca de las paredes y con una mano estirada al frente de su cara de manera que se proteja en caso de encontrar algún obstáculo, intentar de que al compañerito no la tome de la mano ofrécele tu brazo haciendo que toque la parte trasera del mismo, justo encima del codo. de esta manera Sofia aprenderá a caminar ligeramente atrás suyo.</p>				
Utilizar los materiales didácticos	X		<p>Contarle a Sofia a donde van, que hay, permitirle explorar los materiales antes de usarlos.</p>				



-
1. Manual operativo modalidad institucional.
 2. Anexos y orientaciones para la atención de niños, niñas y adolescentes y mujeres gestantes con discapacidad en las modalidades y 3.
 3. Servicios de la primera infancia del ICBF. 4. Orientaciones para implementar el enfoque diferencial étnico a partir del reconocimiento y respeto de la diversidad.
 5. Guía orientadora de acompañamiento a familias con niños y niñas con discapacidad.
 6. **Instructivo orientaciones para la inclusión de la primera infancia con discapacidad y alteraciones en el desarrollo “entre pares”**
Celebrar La Diversidad, Alcaldía Mayor De Bogotá, 2015
Política Pública de Infancia y Adolescencia 2011 - 2021

Plan de Apoyo a la Inclusión con Enfoque diferencial:

El tratar a todas las personas de la misma forma significa **Dignificar** esta palabra corresponde a una reflexión sobre lo que reconocemos y valoramos como distinto. Avanzar en esta reflexión invita a las agentes educativas a refirmar su compromiso de transformación de imaginarios, a fortalecer su sensibilidad y a reconocer que cada niña y cada niño tienen ritmos de aprendizajes, expresiones, formas de ser y capacidades humanas, que les hacen distintos y singulares a la vez. Las capacidades son diversas, se expresan de múltiples maneras y exigen en muchos casos acciones diferenciadas para su desarrollo.

son los ajustes a la planeación y ejecución de las actividades pedagógicas que potencian el desarrollo y aprendizaje de los niños y niñas en el marco del proyecto pedagógico de educación inicial de las UDS; estos ajustes se enfocan en el material didáctico, en el tiempo de ejecución de la actividad, en la metodología, en los desarrollos a fortalecer y en otras acciones que la maestra, se espera entonces, que mencionados ajustes garanticen la participación del niño o niña. El plan de apoyo a la inclusión (PAI) promueve entonces, una mirada diferencial que puede ser o no necesaria en el marco de una actividad pedagógica determinada por la maestra del nivel.

Este plan de apoyo debe contemplar los resultados de los perfiles de cada niño o niña en la aplicación de la **EVCDI-R Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil- Revisada**, esta Valoración no debe tener en cuenta los diagnósticos por médicos Psiquiatras, Pediatras entre otros profesionales de la salud y de rehabilitación, debido a que su edad cronológica no corresponde a su edad mental reduciendo al niño o niña a una expectativa de desarrollo meramente cognitiva, adicional se debe contemplar los intereses de los niños y niñas, identificación de barreras, restricciones en la comunicación, en la movilidad, en la expresión de estados de ánimo, en la percepción del entorno, en relación consigo mismo, con pares y con otros adultos.

Bienvenida a los niños y niñas con Discapacidad:

Momento 1: Primera fotografía

En articulación con la coordinadora establezca un espacio de diálogo donde se convoque a las agentes educativas que intervienen en el proceso:

Herramienta de apoyo para la planeación pedagógica ,utilizada para garantizar los procesos de enseñanza y aprendizaje de los niños y niñas de educación inicial, basados en la valoración pedagógica y social, que incluye los apoyos y ajustes razonables requeridos, entre ellos, en el momento en que el niño o niña con discapacidad o dificultades en el aprendizaje no puede desarrollarse plenamente en el campo de la educación inicial que realiza las maestras de aula respaldado por la docente de apoyo o educadora especial. .



El Decreto 1421 de 2017 por el cual se reglamenta en el marco de la educación inclusiva la atención educativa a la población con discapacidad. Define los ajustes razonables como las acciones, adaptaciones, estrategias, apoyos, recursos o modificaciones necesarias y adecuadas del sistema educativo y la gestión escolar, basadas en necesidades específicas de cada niño o niña, que persisten a pesar de que se incorpore el Diseño Universal de los Aprendizajes, y que se ponen en marcha tras una rigurosa evaluación de las características del estudiante con discapacidad. A través de estas se garantizan que estos estudiantes puedan desenvolverse con la máxima autonomía en los entornos en los que se encuentran, y así poder garantizar su desarrollo, aprendizaje y participación, para la equiparación de oportunidades y la garantía efectiva de los derechos. Los

ajustes razonables pueden ser materiales e inmateriales y su realización no depende de un diagnóstico médico de deficiencia, sino de las barreras visibles e invisibles que se puedan presentar e impedir un pleno goce del derecho a la educación. Son razonables cuando resultan pertinentes, eficaces, facilitan la participación, generan satisfacción y eliminan la exclusión.

La articulación entre las maestras y educadora especial es impajaritable debido a que la maestra esta con los niños y niñas en el aula permanentemente y la educadora es una red de apoyo, para favorecer el desarrollo, aprendizaje y la participación de experiencias y actividades que identifiquen los gustos, particularidades, potencialidades de los niños y niñas lo cual contribuirá a modificar o adoptar medidas contempladas desde la diversidad y la diferencia como insumo para las planeaciones pedagógicas:

- ✓ Reconocer su historia de vida
- ✓ Los ajustes al espacio, que pueden variar según las necesidades del lugar.
- ✓ Los tiempos de permanencia de la niña o niño en la unidad de servicio, (flexibilización del horario)
- ✓ Los ajustes al ciclo de menús de alimentos (preparaciones, consistencia, cantidad, ingredientes) indicados por su médico tratante de su EPS cuando estos por alguna situación de salud las niñas y los niños no pueden consumirlos, en articulación con las nutricionistas.
- ✓ Los acompañamientos por parte de la familia y educadora especial.
- ✓ Los ajustes razonables a los proyectos de aula y planeaciones, cuya finalidad es garantizar la participación de todas y todos. ***Para la implementación del PIAR es necesario promover el aprendizaje reconocer los niños y niñas desde sus necesidades, ritmos de aprendizajes, particularidades, diagnostico, intereses, habilidades, realidades, capacidades, adaptación, para ello es necesario desde el mes de febrero hasta el hasta el mes de marzo realizar lo mencionado anteriormente, con el fin de que al ejecutar el PIAR se reconozca muy bien las familias y las historias de vida. Se realizará diariamente los ajustes para cada planeación si así lo requiere y al fin de mes la educadora especial verificará cada uno de los ajustes, adaptaciones y modificaciones proporcionadas a cada agente.***



- ✓ La gestión para redes de apoyo intra e intersectoriales, de acuerdo con las necesidades particulares de las niñas y los niños para la consecución de cualificaciones a maestras/os, consecución de productos de Apoyo, gestiones con el sector salud, educación, cultura, como por a entidades rectoras sobre las necesidades a satisfacer).
- ✓ Identificar las barreras de participación el aprendizaje y el acceso físico y tecnológico
- ✓ Valoración pedagógica integral teniendo en cuenta los informes de las maestras y profesionales de la salud.
- ✓ Comunicación
- ✓ Objetivos del año
- ✓ Evaluación de las dimensiones de desarrollo de acuerdo con los pilares de la educación
- ✓ Recursos físicos, didácticos y tecnológicos.
- ✓ La elaboración de los PIAR son liderados por las maestras y acompañados por la educadora especial, familias y estudiantes y así mismo incluye sugerencias para las familias, maestras, compañeros y administrativos con el fin de garantizar una educación inclusiva y de calidad.
- ✓ Observación permanente por parte de la maestra de aula en donde registre y reconozca las actitudes, necesidades, intereses, competencias, habilidades y capacidades por parte de los niños y niñas con discapacidad o dificultades en el aprendizaje.
- ✓ Informar a las familias de los PIAR diseñados en la UDS por la educadora especial para que ellos sean un apoyo en el núcleo familiar y contribuyan a un efectivo aprendizaje y se convierta en el mapa de educación pertinente y de calidad
- ✓ Seguimiento y monitoreo por parte de la maestra, educadora y familia.
- ✓ Seguimiento a las evaluaciones.

Momento 3_Implementación del Plan de Acompañamiento:

Revisar los compromisos y acciones acordadas, y realice el seguimiento a lo propuesto en los ajustes razonables del momento, con el fin de garantizar una atención integral en el desarrollo de las niñas y niños de las unidades de servicios, este proceso debe quedar registrado en la ficha de caracterización Posterior a ese momento, debe valorarse la pertinencia de las acciones desarrolladas y si el proceso lo amerita, reformular las acciones o continuar con el momento

*Cuando la maestra/o, haya reportado una niña o un niño por alertas en el desarrollo y en el proceso de observación, se determine que **NO** se requiere el acompañamiento por el o la Educadora Especial, es importante dejar el registro de la observación en el formato de caracterización de apoyos en relación con el desarrollo y entregar por escrito las sugerencias y/o estrategias.*



Momento Encuentro del cierre del plan de acompañamiento con enfoque diferencial.

Convoque a las agentes educativas que intervienen en el proceso educativo de los niños y niñas con discapacidad (familias, psicosociales entre otros) para reconocer el proceso de la niña o el niño, con el fin de identificar los tipos de apoyo por actividades o habilidades, los principales desarrollos a fortalecer, las barreras y facilitadores, para orientar y asesorar el Plan de acompañamiento, las planeaciones pedagógicas y las formaciones a las familias y agentes educativas.

Una vez la niña o el niño ingrese a la unidad de servicio o al proceso, registre la información de la niña o niño en la matriz virtual del cuéntame y actualice la información de acuerdo con el diálogo de saberes con la familia y proceso de observación.

En dónde:	En la unidad de servicio
Cuando:	febrero a diciembre – Depende mes de ingreso de la niña o niño
Activo de información:	Formato de acta (se archiva copia en historia social) Ficha de Caracterización individual de los niños y niñas y adolescentes con discapacidad (Se archiva en historia social) Matriz virtual del cuéntame

Acompañamientos y orientación pedagógica:

En la solicitud y el acompañamiento se contempla en los tres momentos de “Entre Pares”, (1) identificación, (2) participación con equidad y (3) favorecer la transición, a través de 10 Tipos de Acompañamientos y Orientaciones pedagógicas disciplinarias:

- Bienvenida
- Identificación de niños y niñas con discapacidad o alteración del desarrollo
- Orientación y fortalecimiento de redes
- Reflexión pedagógica
- Grupos de estudio interdisciplinarios
- Fortalecimiento pedagógico disciplinar
- Fortalecimiento pedagógico disciplinar con productos de apoyo (movilidad– comunicación– Actividades de la Vida Diaria (AVD) – Actividades Básicas Cotidianas (ABC)
- Seguimiento al fortalecimiento pedagógico disciplinar
- Aportes caracterizaciones de transición (grado cero)

Convoque Grupos de Estudio Interdisciplinarios - GEI:

Esta herramienta del campo pedagógico requiere metodológicamente de la colaboración de diversas y diferentes disciplinas (directora, agentes educativas educadora especial, psicosocial y nutricionista (donde se busca articular acciones que respondan a las necesidades puntuales referidas por las maestras, familias y educadora



especial, con el fin de superar las alertas y promover la garantía de los niños y niñas en condición de discapacidad.

Si identifica acciones que ponen en alerta el proceso de inclusión social/educativa de las niñas y los niños con discapacidad y ya se han implementado acciones que no han respondido a las necesidades del contexto,

En dónde: Unidad de servicios

Cuando: Según las necesidades y requerimientos al interior de la Unidad

Activo de información: Formato de acta diligenciada se archiva historia social del niño

1.Manual operativo modalidad institucional.

2.Anexos y orientaciones para la atención de niños, niñas y adolescentes y mujeres gestantes con discapacidad en las modalidades y 3. servicios de la primera infancia del ICBF.4. Orientaciones para implementar el enfoque diferencial étnico a partir del reconocimiento y respeto de la diversidad.

5.Guía orientadora de acompañamiento a familias con niños y niñas con discapacidad.

6. Instructivo orientaciones para la inclusión de la primera infancia con discapacidad y alteraciones en el desarrollo “entre pares”

Celebrar La Diversidad, Alcaldía Mayor De Bogotá, 2015

Política Publica de Infancia y Adolescencia 2011 - 2021

Realice Encuentros de Reflexión:

Reflexión Pedagógica

Estas capacitaciones inclusivas en las reflexiones pedagógicas aportan a la función de las agentes educativas en la primera infancia, herramientas y estrategias pedagógicas que le dan sentido a la planeación en clave del reconocimiento y de la dignidad humana y que, en consecuencia, diversifican las múltiples acciones y procesos pedagógicos. De igual manera tienen formas autónomas para relacionarse con el mundo, de interpretarlo y de apropiarlo, sugiriendo una comprensión del enfoque diferencial desde la valoración y celebración de la diversidad desde sus ritmos singulares de desarrollo y condiciones particulares (género, étnicos – raciales, socioeconómicas, discapacidad, conflicto armado, entre otros).

Desafío político: el cual incluye

- Autoformación y visibilidad
- Fortalecer el Lenguaje incluyente •
- Igualdad en derechos
- Reconocer libertades
- Valoración social
- Nombrar para dignificar, • Escuchar, ver, sentir activamente,
- Valorar la familia y comunidad de origen

Desafío pedagógico el cual incluye:

- Promover el desarrollo de Aprendizajes esenciales
- Aprender a reconocer las historias de vida.
- Crear espacios y ambientes que hablen de los niños, las niñas y sus capacidades, habilidades y maneras de potenciarlos.
- Reconocer capacidades diversas.



- Reparar actuaciones que producen daño.

Desafío ético que incluye:

- Evitar la humillación y la discriminación.
- Promover prácticas de cuidado.
- Promover una vida con autonomía
- Promover desarrollo armónico e integral

Esta herramienta del campo pedagógico requiere metodológicamente de la colaboración de diversas y diferentes disciplinas (directora, maestras, educadora especial, psicosocial y nutricionista (donde se busca articular acciones que respondan a las necesidades puntuales referidas por las maestras, familias y educadora especial, con el fin de superar las alertas y promover la garantía de los niños y niñas en condición de discapacidad.

1.Manual operativo modalidad institucional.

2.Anexos y orientaciones para la atención de niños, niñas y adolescentes y mujeres gestantes con discapacidad en las modalidades y 3.

3. Servicios de la primera infancia del ICBF.4. Orientaciones para implementar el enfoque diferencial étnico a partir del reconocimiento y respeto de la diversidad.

5.Guía orientadora de acompañamiento a familias con niños y niñas con discapacidad.

6. Instructivo orientaciones para la inclusión de la primera infancia con discapacidad y alteraciones en el desarrollo “entre pares

Celebrar La Diversidad, Alcaldía Mayor De Bogotá, 2015

Política Publica de Infancia y Adolescencia 2011 - 2021

1.1 Diseña y entregue planes caseros

Dentro del acompañamiento con las familias, diseñe planes caseros, cortos, concisos con tareas o acciones puntuales, complemente la información con imágenes de las acciones, para que los padres, madres o cuidadores se sientan agrados y no con “una tarea”.

Es importante señalar que los planes caseros se priorizan en el mes de receso de diciembre y en el marco de incapacidades médicas prolongadas que permita la ejecución de actividades por la niña o el niño. También pueden ser contemplados, para fines de semana cuando se esté trabajando en el control de esfínteres e independencia en el consumo de los alimentos, o cuando la o el Educadora o Educador Especial - EE y la maestra/o lo consideren pertinente, en este sería importante, la articulación con la o él psicólogo o nutricionista si la situación lo amerita.

Al finalizar el año las y los educadores especiales han de garantizar que todas las niñas y niños con discapacidad y alteraciones en el desarrollo cuenten con el plan casero.

En dónde:

Unidad operativa

Cuando:

Se realiza según dinámicas de trabajo con Familia.

Documentos:

Formato Plan Casero (FOR-PSS-011) - se archiva en historia social



Planes caseros:

Proveen al niño de estímulos específicos los cuales provocan una respuesta adaptativa para fortalecer las capacidades que le facilitaran sus rutinas y habilidades en los AVD (actividades de la vida diaria y ABC (actividades básicas cotidianas)).

La educadora especial dentro del acompañamiento con las familias debe diseñar planes caseros, que complementen la información con imágenes de las acciones, para que los padres, madres o cuidadores sientan agrado y no lo vean como una obligación sino como una red de apoyo para el fortalecimiento del desarrollo de sus hijos e hijas.

Es importante señalar que los planes caseros se priorizan en el mes de receso de diciembre y en el marco de incapacidades médicas prolongadas que permita la ejecución de actividades por la niña o el niño. También pueden ser contemplados, para fines de semana cuando se esté trabajando independencia en el consumo de los alimentos, o cuando la Educadora Especial - EE y la maestra/o lo consideren pertinente, articulándose siempre con el equipo psicosocial.

Al finalizar el año las educadoras especiales han de garantizar que todas las niñas y niños con discapacidad y alteraciones en el desarrollo cuenten con el plan casero.

En dónde:	Unidad de servicios
Cuando:	Se realiza según dinámicas de trabajo con Familia.
Documentos:	Formato Plan Casero se archiva en historia social

Recomendaciones para la familia:

- ✓ *Iniciar las actividades del plan casero una vez se halla alimentado si el plan requiere ejercicios de movimiento.*
- ✓ *Mantener al niño aseado*
- ✓ *Realizar las actividades en un sitio tranquilo. Limpio que se encuentre bien iluminado y ventilado.*
- ✓ *Durante la realización de las actividades alejar al niño o niña de cualquier ruido o distractor para que obtenga una buena concentración.*
- ✓ *Ambientar el lugar con canciones infantiles cuando lo amerite.*

Acompañe el proceso de Asesoría y empoderamiento con Familias

La educadora especial generará encuentros individuales con cada familia de acuerdo con las necesidades particulares de la niña o niño; los encuentros pueden desarrollarse en visitas domiciliarias, o programarse para la socialización de los procesos: entrega y retroalimentación de planes caseros, acompañamientos a procesos de activación de rutas o acceso a redes.

Por otro lado, organice encuentros grupales con familias, que propendan por el intercambio de experiencias, fortalecimiento de redes familiares y demás que surjan del proceso, los cuales son liderados por la educadora especial en conjunto el equipo psicosocial.

En dónde:	Unidad de servicios.
Cuando:	Enero a diciembre



Documentos: Formato de acta diligenciado
Planilla de asistencia
(Las individuales se archivan en la historia social de los niños y niñas. Las grupales se archivan en el expediente de la unidad de servicios de la educadora especial.

Acompañe el proceso de las TEA (Transiciones Efectivas y Armónicas)

A instituciones de Educación Distrital

Este proceso contempla cuatro marcos de acción: Acompañamiento proceso de matrícula, si se requiere búsqueda y socialización de actividades que complementen el proceso de asesoría a través de correo electrónico. Acompañamiento a la Dirección Local de Educación – DEL.

Dónde: Institución Educativa Distrital Institución Educativa Distrital, Secretaría de Educación Distrital.

Encuentro de reflexión Dar a conocer a las docentes y profesionales de la unidad de servicios las transiciones que viven los niños y las niñas en el entorno educativo y a la importancia que éstas tienen en el desarrollo infantil.

Encuentro con familias: Dar a conocer a las familias las transiciones que viven los niños y las niñas en el entorno educativo y a la importancia que éstas tienen en el desarrollo infantil.

Presentar el proceso de inscripciones y matrícula 2021 a las familias de los niños y niñas.

Documentación: Formato de Acta de reunión diligenciado
Formato acta acompañamiento transición a la educación formal
Historia social del niño copia al Dirección Local de Educación - DLE
Listado de Asistencia
Base de Datos Secretaría de Educación Distrital, A otros escenarios de atención

Este proceso contempla la entrega y socialización de la caracterización de transición, y entrega pedagógica.

Los profesionales de las unidades de servicios deben tener previo conocimiento de los Lineamientos y estándares técnicos de Educación Inicial, así como del Manual operativo modalidad institucional. Anexos y orientaciones para la atención de niños, niñas y adolescentes y mujeres gestantes con discapacidad en las modalidades y servicios de la primera infancia del ICBF. Orientaciones para implementar el enfoque diferencial étnico a partir del reconocimiento y



respeto de la diversidad. Guía orientadora de acompañamiento a familias con niños y niñas con discapacidad.

Elaborado por: Fecha elaboración	<i>Sonia Valencia Zuluaga</i> 01/02/2023	Lic. En educación especial Especialista en Planes de desarrollo y Planeación educativa.
--	---	---

-
1. Manual operativo modalidad institucional.
 2. Anexos y orientaciones para la atención de niños, niñas y adolescentes y mujeres gestantes con discapacidad en las modalidades y 3.
 3. Servicios de la primera infancia del ICBF. 4. Orientaciones para implementar el enfoque diferencial étnico a partir del reconocimiento y respeto de la diversidad.
 5. Guía orientadora de acompañamiento a familias con niños y niñas con discapacidad.
 6. **Instructivo orientaciones para la inclusión de la primera infancia con discapacidad y alteraciones en el desarrollo “entre pares**
 7. Celebrar La Diversidad, Alcaldía Mayor De Bogotá, 2015
 8. Política Pública de Infancia y Adolescencia 2011 - 2021

**CLAUSULAS CONTRACTUALES Y LINEAMIENTOS GENERALES DEL RELACIONADAS CON LA ENTREGA A
TÍTULO DE PRÉSTAMO DE USO DE BIENES INMUEBLES DE PROPIEDAD DEL ICBF**

- CLÁUSULA 1 – DESTINACION Y USO AUTORIZADO DEL INMUEBLE
- CLÁUSULA 2 – OBLIGACIONES DEL COMODANTE.
- CLÁUSULA 3 – OBLIGACIONES DEL COMODATARIO.
- CLÁUSULA 4 – OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL COMODATARIO
- CLÁUSULA 5 – OBLIGACIONES CONTRACTUALES ASOCIADAS A LOS EJES DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
- CLÁUSULA 6 – ENTREGA
- CLÁUSULA 7 – ESTADO DEL BIEN
- CLÁUSULA 8 – PLAZO DE EJECUCIÓN
- CLÁUSULA 9 – SUPERVISIÓN
- CLÁUSULA 10 – RESTITUCIÓN DEL BIEN
- CLÁUSULA 11 – CESIÓN
- CLÁUSULA 12 – MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS CONTRACTUALES
- CLÁUSULA 13 – SUSPENSIÓN DEL CONTRATO DE COMODATO
- CLÁUSULA 14. – TERMINACIÓN ANTICIPADA
- CLÁUSULA 15. – LIQUIDACIÓN
- CLÁUSULA 16. – FUERZA MAYOR Y CASO FORTUITO
- CLÁUSULA 17. – ADECUACIÓN A LA LEGISLACIÓN VIGENTE
- CLÁUSULA 18. – MEJORAS
- CLÁUSULA 19. – INDEMNIDAD
- CLÁUSULA 20. – VEEDURÍAS
- CLÁUSULA 21. – REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN
- CLÁUSULA 22. – PUBLICACION
- CLÁUSULA 23. – DOMICILIO CONTRACTUAL.

CLÁUSULA 1 - DESTINACION Y USO AUTORIZADO DEL INMUEBLE

- 1.1. El bien inmueble será destinado exclusivamente por **EL CONTRATISTA** para la finalidad descrita en el contrato de aporte, suscrito entre las mismas partes. Nunca con finalidad comercial o de lucro, en cuyo caso el **ICBF** iniciara las acciones tendientes a su restitución.

CLÁUSULA 2. OBLIGACIONES DEL COMODANTE

EL COMODANTE se obliga para con el **COMODATARIO**, en general, a cumplir cabalmente con el objeto del presente contrato a la luz de las disposiciones legales vigente y, en especial, a:

- 2.1. Realizar la entrega material del bien inmueble para el ejercicio de la destinación descritas en el presente contrato.
- 2.2. Permitir al **COMODATARIO** el uso y goce pacifico del bien inmueble durante el término de duración del presente contrato y el de sus prórrogas
- 2.3. Suscribir el acta de entrega y recibo del bien inmueble objeto del comodato.
- 2.4. Adelantar las acciones conducentes a obtener la indemnización de los daños que sufra el bien inmueble entregado en desarrollo o con ocasión del contrato.
- 2.5. Cumplir con las demás obligaciones que tengan relación con la naturaleza del contrato

CLÁUSULA 3. OBLIGACIONES GENERALES DEL COMODATARIO

- 3.1 Recibir en calidad de comodato el bien inmueble objeto del contrato a celebrar.
- 3.2 Utilizar el bien dado en comodato conforme al uso legítimo autorizado.
- 3.3 Destinar el bien materia de este contrato al uso exclusivo para el cual será entregado.
- 3.4 Asumir el pago del Impuesto Predial, tasas, contribuciones, servicios públicos a que haya lugar (acueducto y alcantarillado, energía eléctrica, gas, teléfono, Internet) y demás gastos que ocasione o cualquier otro impuesto. Estos pagos los asumirá el comodatario hasta la fecha de finalización del contrato de comodato y hasta la fecha de entrega del inmueble con el pago de los servicios públicos incluidos los rangos de fecha de terminación del comodato.
- 3.5 Suscribir Acta de Recibo/Entrega del bien objeto del contrato a celebrar con la respectiva relación de inventario.
- 3.6 Emplear la mayor diligencia en la conservación del bien objeto del contrato a celebrar, en consecuencia, deberá realizar las reparaciones indispensables para su conservación. (Artículo 2203 del Código Civil),
- 3.7 Responder por cualquier deterioro del bien que no prevenga de la naturaleza o del uso autorizado del bien dado en comodato.
- 3.8 Restituir el bien una vez vencido el plazo de ejecución del contrato a celebrar en las mismas condiciones a la entrega del mismo y a paz y salvo por todo concepto de servicios públicos, impuestos, tasas, contribuciones, etc.
- 3.9 Solicitar autorización previa al COMODANTE, para realizar cualquier tipo de mejoras al bien y construcciones, salvo cuando las mejoras sean necesarias, las cuales serán asumidas por el COMODATARIO. En caso de que se realicen sin dicha autorización, éstas no darán lugar a indemnización alguna por parte del ICBF.
- 3.10 Responder por la tenencia y el aseguramiento de la correcta utilización del bien.
- 3.11 No subarrendar o disponer a ningún título el bien objeto del contrato a celebrar, ni ceder, ni transferir los derechos y obligaciones derivados de este contrato sin la previa autorización escrita y expresa del COMODANTE.
- 3.12 Entregar el bien objeto del contrato a celebrar en las mismas condiciones en que fue entregado por el COMODANTE, así como libre de todo gravamen o afectación al mismo.
- 3.13 Vigilar y custodiar el bien inmueble dado en comodato y evitar que el mismo sea invadido, ocupado o perturbado por terceros y, en caso de ocurrir cualquier perturbación a la tenencia, dar aviso al COMODANTE.
- 3.14 Cumplir con las demás instrucciones que le sean impartidas por el supervisor del contrato que se deriven de la ley o el reglamento o tengan relación con la naturaleza del contrato.

PARÁGRAFO PRIMERA: EL COMODATARIO no será responsable por caso fortuito, a menos que: **a-** Haya empleado el bien inmueble en uso indebido o demore su restitución, salvo que aparezca que el deterioro o pérdida se hubiere producido de todas formas; **b-** El caso fortuito hubiere sobrevenido por culpa suya, aunque levisima; **c-** Cuando, por peligro del bien inmueble prestado o propio, haya preferido salvar el suyo; y **d-** Cuando expresamente haya aceptado la responsabilidad del caso fortuito.

PARÁGRAFO SEGUNDO: No se podrá dar destinación diferente sin autorización previa y escrita del comodante.

CLÁUSULA 4. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL COMODATARIO

1. Asumir el pago de servicios públicos a que haya lugar (acueducto y alcantarillado, energía eléctrica, gas, teléfono, Internet), impuesto predial y demás gastos que ocasione o cualquier otro impuesto. Estas obligaciones las asumirá el comodatario, realizando el respectivo pago hasta la fecha de finalización del contrato de comodato, hasta la fecha de entrega del inmueble por parte del operador al ICBF, y hasta que el comodatario realice los pagos de periodos que queden pendientes por cancelar incluida la fecha de finalización de los contratos. **PARAGRAFO PRIMERO:** En el evento que el comodatario incumpla con las obligaciones del pago de servicios públicos, será inmediatamente informado por el supervisor de los contratos de comodatos al supervisor de los contratos de aporte. **PARAGRAFO SEGUNDO:** El cumplimiento del comodatario ante el pago de servicios públicos y demás gastos que se ocasionen, se entenderá una vez el supervisor del contrato de aporte y el supervisor del contrato de comodato legalicen el informe final de supervisión para la verificación del cumplimiento de las obligaciones del comodatario.
2. Reportar informe mensual con las facturas de servicios públicos, debidamente cancelados con su soporte de pago, radicando en el primer piso de la Regional Bogotá, Grupo Correspondencia y dirigido al Grupo Administrativo.
3. Realizar el mantenimiento periódico del inmueble entregado en comodato.
4. Responder por la tenencia y el aseguramiento de la correcta utilización del bien.

5. Adoptar las medidas necesarias para el manejo adecuado y la disposición final de los residuos especiales y/o peligrosos que se generen durante la ejecución del contrato; manejo de residuos, control de plagas, desinfecciones, fumigaciones, lavado de tanques y abastecimiento o suministro de agua potable, y libre de cualquier alimento, entre ellos bienestarina, de acuerdo con la normatividad vigente.
6. Entregar el inmueble libre de productos químicos utilizados durante la ejecución del contrato; de acuerdo con la normatividad vigente.

CLÁUSULA 5. OBLIGACIONES CONTRACTUALES ASOCIADAS A LOS EJES DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

5.1 Gestión Ambiental:

1. 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.
2. Utilizar productos, empaques y materiales amigables con el medio ambiente.
3. Presentar los permisos y/o autorizaciones ambientales vigentes requeridas para prestación del servicio. Así como las evidencias del cumplimiento de los requerimientos establecidos en dichos documentos.
4. Presentar las certificaciones de revisiones tecno-mecánicas y de emisión de gases de los vehículos para el servicio del programa, siguiendo los procedimientos adecuados estipulados en la normatividad vigente, si aplica.
5. Adoptar las medidas necesarias para el almacenamiento y manejo adecuado de los productos químicos utilizados durante la ejecución del contrato; de acuerdo con la normatividad vigente.
6. Adoptar las medidas necesarias para el transporte y manejo adecuado de combustibles utilizados durante la prestación del servicio; de acuerdo con la normatividad vigente.
7. Adoptar las medidas necesarias para el manejo adecuado y la disposición final de los residuos especiales y/o peligrosos que se generen durante la ejecución del contrato.
8. Realizar el mantenimiento y lavado de la trampa de grasas y/o sistemas de tratamiento de aguas residuales, adoptando las medidas necesarias para el manejo adecuado de los residuos generados.
9. Formular e implementar plan de saneamiento que incluya como mínimo los programas de limpieza y desinfección, manejo de residuos, control de plagas y abastecimiento o suministro de agua potable, de acuerdo con la normatividad vigente.
10. Formular e implementar Plan de Gestión Ambiental de acuerdo con los aspectos, impactos y requisitos ambientales asociados a la ejecución del contrato.

CLÁUSULA 6. ENTREGA

El bien inmueble objeto del presente contrato se entregará al **COMODATARIO**

CLÁUSULA 7. ESTADO DEL BIEN

El acta de entrega y su correspondiente inventario deberá contener el estado real del bien inmueble objeto del presente contrato y la misma hará parte integral del presente contrato

CLÁUSULA 8. PLAZO DE EJECUCIÓN

El contrato de comodato que se celebrará tendrá como plazo de ejecución igual al pactado en los contratos de aporte y sus prorrogas y reducciones.

CLÁUSULA 9. SUPERVISIÓN

El ICBF supervisará el cumplimiento de las obligaciones por parte del **COMODATARIO** a través del coordinador(a) del Grupo Administrativo de la Regional ICBF Bogotá, quien ejercerá la supervisión del presente contrato conforme con lo dispuesto sobre el particular en las normas internas expedidas para el efecto por el ICBF (Manual de Contratación vigente) y en la normatividad vigente, para lo cual podrá apoyar el ejercicio de su función en su equipo interdisciplinario o por quien delegue la directora Regional ICBF Bogotá. La supervisión del contrato estará a cargo del coordinador del Grupo Administrativo Regional ICBF Bogotá. En todo caso el ordenador del gasto podrá variar

unilateralmente la designación del supervisor, comunicando por escrito al designado, con copia a la Dirección de Contratación

CLÁUSULA 10. RESTITUCIÓN DEL BIEN

EL COMODANTE se reserva la facultad de pedir la cosa prestada en cualquier tiempo, de conformidad con lo establecido en el artículo 2219 y 2220 del Código Civil.

CLÁUSULA 11. CESIÓN

De conformidad con lo establecido en el inciso 3 del artículo 41 de la Ley 80 de 1993, **EL COMODATARIO** no podrá ceder ni subcontratar el presente contrato con persona alguna natural o jurídica, nacional o extranjera sin el consentimiento previo y escrito del ICBF pudiendo esta reservarse las razones que tenga para negar la autorización de la cesión. En todos los casos, **EL COMODATARIO** es el único responsable por la celebración de subcontratos y la entidad no adquirirá vínculo alguno con los subcontratistas

CLÁUSULA 12. MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS CONTRACTUALES:

Las diferencias que surjan entre las partes con ocasión de la celebración, ejecución, desarrollo, terminación y liquidación del contrato, serán dirimidas mediante la utilización de los mecanismos de solución alternativa de conflictos previstos en la ley, tales como, conciliación y transacción, de conformidad con lo establecido en las normas vigentes. En tal caso, las partes dispondrán de un término de sesenta (60) días hábiles contados a partir de la fecha en que cualquiera de ellas haga la solicitud en tal sentido, término que podrá ser prorrogado por mutuo acuerdo

CLÁUSULA 13. SUSPENSIÓN DEL CONTRATO DE COMODATO:

Las partes podrán de mutuo acuerdo suspender el contrato, mediante la suscripción de un acta en donde conste tal evento. El plazo de suspensión no ampliará, adicionará o conmutará el plazo de ejecución inicial del contrato, ni dará derecho a exigir indemnización, sobrecosto o reajustes, ni a reclamar gastos diferentes a los pactados en el contrato.

CLÁUSULA 14. TERMINACIÓN ANTICIPADA

EL COMODANTE podrá disponer de manera unilateral la terminación anticipada del contrato en los siguientes eventos:

- 14.1** Cuando las condiciones contractuales o las circunstancias que dieron lugar al nacimiento del contrato hayan variado sustancialmente de tal manera que su ejecución resulte imposible, innecesaria y/o inconveniente a juicio del **COMODANTE**.
- 14.2** Cuando las exigencias del servicio público lo requieran o la situación de orden público lo imponga
- 14.3** Por disolución de la persona jurídica del **COMODATARIO**.
- 14.4** Por liquidación o por la apertura del proceso de liquidación judicial del **COMODATARIO**, conforme a lo previsto en la ley.
- 14.5** Por cesación de pagos o embargos judiciales del **COMODATARIO** que afecten de manera grave el cumplimiento del contrato.
- 14.6** En caso de incumplimiento por parte del **COMODATARIO**, sin que sea necesario previa declaración judicial o el cumplimiento de cualquier otro requisito o formalidad.
- 14.7** Por caso fortuito o fuerza mayor debidamente comprobados.

PARÁGRAFO. Las partes podrán terminar anticipadamente el presente contrato de mutuo acuerdo.

CLÁUSULA 15. LIQUIDACIÓN

Dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la extinción del plazo de ejecución del contrato o a la expedición del acto administrativo que ordene su terminación o a la fecha del acto que la disponga, las partes se comprometen a liquidar el presente contrato, de conformidad con lo preceptuado por el artículo 11 de la ley 1150 de 2007, el manual de contratación del ICBF y las

normas que en el respectivo momento sean aplicables. Si vencido el plazo señalado EL CONTRATISTA no se presenta a la liquidación o las partes no llegan a un acuerdo sobre el contenido de la misma, será practicada directa y unilateralmente por el ICBF y se adoptará por acto administrativo motivado, susceptible del recurso de reposición.

CLÁUSULA 16. FUERZA MAYOR Y CASO FORTUITO

Ninguna de las partes estará obligada en los términos del contrato por incumplimiento de este, si las causas que le ocasionan provienen de eventos imprevisibles, irresistibles e imputables constitutivos de fuerza mayor o caso fortuito, debidamente comprobados. En estos casos se señalarán de común acuerdo, los nuevos plazos y obligaciones. Cuando se presenten circunstancias constitutivas de fuerza mayor o caso fortuito, el contratista deberá comunicarlo por escrito al ICBF Regional Bogotá, por conducto de la Supervisión, dentro de los cinco (5) días calendarios siguientes a la ocurrencia de los hechos y allegará oportunamente los correspondientes soportes de dicha situación.

CLÁUSULA 17. ADECUACIÓN A LA LEGISLACIÓN VIGENTE

En el caso de que el Gobierno Nacional o la autoridad competente expidan normas que modifiquen o adicionen la normatividad vigente, las partes se comprometen a efectuar las gestiones necesarias para su adecuación

CLÁUSULA 18. MEJORAS

EL COMODATARIO deberá realizar las adecuaciones necesarias para el uso del bien inmueble según la destinación establecida en el presente contrato. **PARÁGRAFO:** En caso de que sean necesarias reparaciones o adecuaciones que impliquen obras civiles deberán ser consultadas al **COMODANTE**, quien las deberá aprobar previamente y se dejará constancia en un acta anexa al presente contrato.

CLÁUSULA 19. INDEMNIDAD

EL COMODANTE se obliga a mantener libre de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros que se deriven de sus actuaciones o de sus subcontratistas o dependientes y realizadas durante la ejecución del contrato, en cumplimiento del Decreto 1082 de 2015.

CLÁUSULA 20. VEEDURÍAS

En cumplimiento de lo dispuesto por la Ley 850 de 2003, se convoca a las veedurías ciudadanas, con el fin de garantizar la participación en la ejecución del presente contrato

CLÁUSULA 21. REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN

El presente contrato de comodato se entiende perfeccionado con la firma de las partes y la entrega real y material del bien inmueble dado en comodato, momento a partir del cual inicia su ejecución.

CLÁUSULA 22. PUBLICACION

En virtud de lo dispuesto en el artículo 223 del Decreto Ley 019 de 2012, en concordancia con el artículo 2.2.1.1.1.7.1 del Decreto 1082 de 2015 y el Manual de Contratación vigente, se procederá a la publicación del presente documento en el SECOP II que administra la Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente:
www.colombiacompra.gov.co

CLÁUSULA 23. DOMICILIO CONTRACTUAL

El domicilio contractual, para todos los efectos derivados de este Contrato, será la ciudad de Bogotá, D.C.

NOTA: LOS LINEAMIENTOS ESPECIALES DE CADA CONTRATO, TALES COMO OBLIGACIONES ESPECÍFICAS, PLAZO DE EJECUCIÓN, VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO SE ENCUENTRAN EN LOS ESTUDIOS PREVIOS, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO DE APOORTE QUE SE APRUEBA EN SECOP II. LA AUTENTICACIÓN DEL SECOP II, ES DECIR LAS APROBACIONES REALIZADAS CON LOS USUARIOS ASIGNADOS CONSTITUYEN UNA FIRMA ELECTRÓNICA EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 7 DE LA LEY 527 DE 1999 Y LAS NORMAS QUE LA REGLAMENTAN.

PÚBLICA

P67
GEOLOGA



PROCESO SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
FORMATO ACTA ENTREGA DE INMUEBLES

F1.P18.SA

29/01/2024

Versión 3

Página 1 de 2

ACTA No. _____

FECHA: 21-02-2023

ASISTENTES:

Nombre de quien entrega: DIAGO MUÑOZ Nombre de quien recibe: DAIDA GUENTHO

Representación: ICBF Representación: FUNDACIÓN

MOTIVO ENTREGA INMUEBLE: ENTREGAR, A TÍTULO DE COMODATO O PRÉSTAMO DE USO Y CON LA OBLIGACIÓN DE RESTITUIR AL ICBF, EL BIEN INMUEBLE UBICADO EN LA CL 4 71 C 56, DE ACUERDO CON LA CÉDULA CATASTRAL No. FB D4 T71C 8, BARRIO AMERICAS CENTRAL, DE LA LOCALIDAD DE KENNEDY DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C, DISTINGUIDO CON EL FOLIO DE MATRÍCULA INMOBILIARIA No. 50C-195227 DE LA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PÚBLICOS DE BOGOTÁ D.C., Y CHIP No. AAA0040PWNX. Los bienes que se entregan tendrán uso exclusivo en la operación de programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

IDENTIFICACION DEL INMUEBLE

Tipo de inmueble:

Casa: X Casa lote: _____ Lote: _____ Apartamento: _____ Oficina: _____ Local: _____

Bodega: _____ Edificio: _____ Finca: _____ Parqueadero: _____ Otro ¿Cuál? _____

Numero matricula inmobiliaria: 50C00195227

Dirección: CL 4 71 C 56

Municipio: BOGOTÁ Departamento: CUNDINAMARCA

ESTADO FISICO EN QUE SE ENCUENTRA EL INMUEBLE

Bueno: X Regular _____ Malo: _____

Explique: INMUEBLE EN BUEN ESTADO. PUER, PUERTAS Y VENTANAS EN BUEN ESTADO.

OBRAS CONSTRUIDAS (Relaciones en inventario adjunto)

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

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



PROCESO SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
FORMATO ACTA ENTREGA DE INMUEBLES

F1.P18.SA

29/01/2024

Versión 3

Página 2 de 2

SERVICIOS PUBLICOS

Acueducto y alcantarillado: SI ☐ NO ☐ Último periodo de pago: 11/10/2023 01/11/2023
Energía : SI ☐ NO ☐ Último periodo de pago: 30/11/2023 20/12/2023
Teléfono : SI ☐ NO ☐ Último periodo de pago: _____
Gas : SI ☐ NO ☐ Último periodo de pago: DIC ENE 2024
Acueducto y alcantarillado : SI ☐ NO ☐ Último periodo de pago: _____

OBSERVACIONES:

INMUEBLE 2 PLANTAS, PRIMER PISO AREA DITO MARIN
342 m², 3 OFICINAS, UN AULA, LONA LAVANDERIA CON
2 BAÑOS, DORMITORIO, ENFERMERIA, AULA DE JUEGOS, LONA
ALMACEN, BAÑO NIÑOS, LONA UTILES, LONA UTILES.
COCINA, JARDIN,
2 PISO, BAÑO NIÑOS 3 BATERIAS, 4 AULAS, BAÑO
NIÑOS, 2 BATERIAS, 7 DORMITORIOS, LONA MARIN

Se firma en el municipio de Bobota, en dos originales, uno para cada una de las partes, a los 11 días del mes de ENERO del año 2024-

QUIEN RECIBE

Diana Páez
53.098.592
Coordinadora

(Nombre, cedula y cargo)

QUIEN ENTREGA (ICBF)

DIEGO MUÑOZ
1032 374435
COORDINADOR (ICBF)

(Nombre, Cedula y cargo)

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

HOGAR INFANTIL LOS COLORES DE MANDALAY
PROTOCOLO DE NIÑOS Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD

1. OBJETIVOS

Objetivo General

Crear espacios y entornos que permitan impulsar procesos de inclusión desde edades tempranas garantizando el cuidado, la protección y el camino hacia el cumplimiento de derechos que tienen los niños y las niñas con discapacidad, contando siempre con el apoyo diario de las maestras junto con todo el equipo de profesionales, así como el acompañamiento de la educadora especial.

Objetivos específicos

- Solicitar a las familias los presuntos diagnósticos y / o diagnósticos de los niños y las niñas con discapacidad para ser presentados en la institución con soporte médico.
- Atender de forma correcta y oportuna las necesidades, intereses, características y particularidades de los niños y niñas con discapacidad.
- Prestar servicios profesionales en Educación Especial para el apoyo, orientación y acompañamiento en el Proceso Pedagógico de Inclusión en la Educación Inicial, de los niños y niñas en condición de discapacidad y/ o con alteraciones en el desarrollo, en las Unidades de servicio de la Fundación Arcoíris de Amor.
- Acompañar a las familias en los procesos de inclusión desde el enfoque diferencial a través de cualificaciones.
- Implementar y evaluar los procesos de formación dirigidos a las agentes educativas de la primera infancia y el talento humano en general.
- Apoyar las Transiciones efectivas y armónicas (TEA) transito armónico al sistema educativo formal, apoyo que implica tener en cuenta la ficha de caracterización y la entrega pedagógica a razón de que la institución educativa formal (pública o privada) a donde transite el niño o niña con discapacidad, identifique barreras y facilitadores que puedan favorecer los procesos de inclusión

2. JUSTIFICACIÓN

El presente protocolo identifica la eliminación de barreras y pasos a seguir en el proceso de vinculación de los niños y niñas con discapacidad teniendo en cuenta que el enfoque diferencial y la inclusión social contribuyen a que la primera infancia encuentre condiciones para vivir bien y puedan sostener interacciones de mutuo reconocimiento desde la diversidad y la diferencia, desde la solidaridad y desde la fraternidad, haciendo referencia concretamente con la no discriminación y la eliminación a los prejuicios, lo que hace que niños y niñas construyan sus propios conceptos de lo humano, y se interrelacionen de manera adherente y comprometida con el respeto a la otredad y a las características personales e individuales.

VOCABULARIO

Inclusión: Enfoque que responde positivamente a la diversidad de los niños y las niñas y a las diferencias individuales, **entendiendo que la diversidad no es un problema, sino una oportunidad para el enriquecimiento de la sociedad**, a través de la activa participación en la vida familiar, en la educación, en el trabajo y en general en todos los procesos sociales, culturales, y en las comunidades. Unesco (2005).

Educación inclusiva: se entiende que el sistema educativo en particular y los diferentes sectores sociales en general, requieren actuar creando condiciones favorables que eliminen las barreras que produce el medio; representa la oportunidad de pensar el sistema educativo en general, a través del cual se materializan enfoques y compromisos sociales de derecho; y se guía por un horizonte que se concreta en principios de equidad, pertinencia y relevancia⁵

Dialogo de saberes: es una ventana de oportunidades en donde se intercambian ideas, sentires, creencias, nociones, conceptos, prácticas, historias de vida, deseos, vivencias y emociones para reconociendo al otro como sujeto de derechos con conocimientos y posiciones diversas.

Inclusión social: implica reconocer el ejercicio de los derechos de todas las personas, aperturar espacios y mecanismos de participación con incidencia y promoción del reconocimiento de las personas desde su infancia a partir del reconocimiento de la diversidad, de las características, capacidades y potencialidades como sujetos activos y titulares de derechos¹⁰

Desarrollo integral: es un proceso singular de transformaciones y cambios de tipo cualitativo y cuantitativo mediante el cual el sujeto dispone de sus características, capacidades, cualidades y potencialidades, para estructurar progresivamente su identidad y su autonomía¹

Discapacidad: es una condición del ser humano que hace parte de las formas en que se manifiesta la diversidad. Se caracteriza por presentar variaciones o alteraciones transitorias o permanentes en el desarrollo de las niñas, niños y mujeres gestantes, las cuales pueden ser físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, que inciden en la participación de las actividades de la vida diaria.

Diseño universal para el aprendizaje: DUA se entenderá como el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. El diseño universal no excluirá las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se necesiten

Diversidad: hace referencia a la existencia de seres definidos como diferentes entre sí y que no necesariamente deben someterse a una única norma; diverso es aquello que mantiene múltiples manifestaciones igualmente válidas y con sentido¹¹. Esto significa que nos enfrentamos a diversas infancias, marcadas no solo por la pertenencia a un grupo social, sino también por la forma particular en que la vida de cada niño y cada niña se manifiesta en sus entornos, sus intereses, formas de aprendizaje, entre otros.¹²

Educación inicial: derecho impostergable de niños y niñas menores de 6 años. Se concibe como un proceso educativo y pedagógico intencional, permanente y estructurado, a través del cual los niños y las niñas desarrollan su potencial, capacidades y habilidades en el juego, el arte, la literatura y la exploración del medio, contando con la familia como actor central de dicho proceso.

Enfoque diferencial: de acuerdo con lo definido en el Modelo de Enfoque Diferencial de Derechos (MEDD) del ICBF:

El enfoque diferencial es un método de análisis y actuación, que reconoce las inequidades, riesgos y vulnerabilidades y valora las capacidades y la diversidad de un determinado sujeto -individual o colectivo-, para incidir en el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de la política pública, con miras a garantizar el goce efectivo de derechos, en especial el derecho a la igualdad y no discriminación. Se implementa a través de: acciones afirmativas, adecuación de la oferta institucional, desarrollo de oferta especializada¹³

El enfoque diferencial plantea que es necesario que todas las personas sean tratadas de la misma manera es decir que las acciones que plantea la unidad de servicio no solo apuntan a centrarse en lo poblacional, sino que va más allá dado a que contribuye a fortalecer la educación inicial desde un enfoque diferencial, el cual consolide las condiciones necesarias para la inclusión educativa y social. Gracias a esta Mirada, será posible avanzar en:

- ***La identificación, de unos ajustes y de unos apoyos específicos para garantizar su crecimiento y su pleno desarrollo.***
- ***En que la diversidad en la primera infancia se revela de múltiples formas. En promocionar experiencias pedagógicas fundamentadas en el respeto en los ritmos de desarrollo, de aprendizaje.***
- ***En cada una de las dimensiones del desarrollo de la primera infancia.***
- ***En las múltiples maneras donde se establecen formas únicas de conocer y de relacionarse con el entorno.***
- ***En la necesidad de crear espacios, facilitando condiciones, construir mecanismos y definir estrategias pedagógicas***

Se trata en últimas de armonizar la riqueza proveniente de las diferencias, con el fin de enriquecer los procesos de desarrollo de los niños, niñas y sus familias.

SMEN: 2012

10Política Pública de Infancia y Adolescencia 2011 - 2021

10 Ley 1804 de 2016 "Por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones". Art. 4, Numeral a.

11 (Editorial Definición MX, 2014)

12 Comisión Intersectorial para la Primera Infancia. Lineamiento

13Tomado del portal web del ICBF: Proceso Dirección Estratégico "Modelo de Enfoque Diferencial de Derechos del ICBF (MEDD)" el cual se adopta por la Resolución 1264 del 2 de marzo de 2017.

1. Manual operativo modalidad institucional.

2. Anexos y orientaciones para la atención de niños, niñas y adolescentes y mujeres gestantes con discapacidad en las modalidades y 3. 3. servicios de la primera infancia del ICBF. 4.

Orientaciones para implementar el enfoque diferencial étnico a partir del reconocimiento y respeto de la diversidad.

5. Guía orientadora de acompañamiento a familias con niños y niñas con discapacidad.

6. Instructivo orientaciones para la inclusión de la primera infancia con discapacidad y alteraciones en el desarrollo "entre pares"

Familia: es una compleja red de relaciones permanentes y estables, basada en el lazo afectivo y en las funciones y roles de sus miembros, que proporciona a sus integrantes experiencias que contribuyen a su desarrollo e identidad individual y social, así como a la construcción de formas de ver el mundo y de vincularse a él mediante la adquisición de los elementos de la cultura en la que está inscrita.¹⁶

Grupo étnico: para la Corte Constitucional Colombiana, la definición de un grupo étnico comprende dos condiciones, una subjetiva y otra objetiva. La primera, está relacionada con la conciencia de la identidad étnica, es decir; “(...) La conciencia que tienen los miembros de su especificidad, es decir, de su propia individualidad, a la vez que, de su diferenciación de otros grupos humanos, y el deseo consciente en mayor o menor grado, de pertenecer a él, de seguir siendo lo que son y han sido hasta el presente”. (De Obieta Chalbaud, 1989, p.43, citado en Corte Constitucional¹⁷, 1996) La segunda se refiere a “los elementos materiales que distinguen al grupo, comúnmente reunidos en el concepto de “cultura”. Este término hace relación básicamente al conjunto de creaciones, instituciones y comportamientos colectivos de un grupo humano. (...) el sistema de valores que caracteriza a una colectividad humana.” En este conjunto se entienden agrupadas, entonces, características como la lengua, las instituciones políticas y jurídicas, las tradiciones y recuerdos históricos, las creencias religiosas, las costumbres (folclore) y la mentalidad o psicología colectiva que surge como consecuencia de los rasgos compartidos”. (De Obieta Chalbaud, 1989, p.38 y 39, citado en Corte Constitucional, 1996)

Interculturalidad: tiene como propósito fundamental el diálogo equitativo entre culturas, lo que implica que estas, en medio de sus particularidades, encuentran formas de relacionamiento y encuentro que les permite continuar su existencia sin dañarse mutuamente. En este sentido, la interculturalidad es un proyecto político¹⁸ que propende por la construcción de relaciones horizontales, en la que se reconoce la perspectiva de cada uno sin perder de vista la necesidad de lograr objetivos comunes.¹⁹

Persona con discapacidad: son ciudadanos sujetos de derechos, seres singulares y diversos, que son parte activa de los entornos propios de la primera infancia a través de los cuales se les debe garantizar las atenciones que propendan por su desarrollo integral en el marco de inclusión y protección.

Perspectiva de diversidad: “desde la Política de Atención Integral a la Primera Infancia, la perspectiva de reconocimiento, respeto y celebración de la diversidad apunta a la protección integral de los derechos de los niños y las niñas (derechos individuales) y los de sus familias y comunidades (derechos colectivos). Esto significa que partimos del reconocimiento de la diversidad y singularidad de las formas de vida y desarrollo de los niños y niñas, al tiempo que propendemos por la prevención y la eliminación de la discriminación de los niños, niñas, sus familias y comunidades, en todas las formas de interacción y acción de las entidades (públicas y privadas) que garantizan la atención integral a la primera infancia, así como en las relaciones cotidianas que tejemos alrededor de los niños y las niñas. Reconocemos la importancia de ver la diversidad como potencia y posibilidad de disfrute. Desde la idea de “poner a los niños y niñas en el centro”, hemos propuesto entender su complejidad y diversidad, lo que, por supuesto incluye las condiciones de vulnerabilidad, pero no se agota en ellas, sino que las ve de manera paralela a sus fortalezas, aquello que les gusta, les interesa, sus potencialidades”²³.

¹⁶ Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión. Atención Integral a la Primera Infancia. De Cero a Siempre.

¹⁷ Corte Constitucional – Sentencia T-349 de 1996 – Magistrado Ponente Carlos Gaviria Díaz

¹⁸ “El ejercicio de la interculturalidad es netamente político, puesto que busca llegar a la creación de condiciones para el establecimiento de relaciones horizontales de diálogo entre diferentes. Es decir, la interculturalidad comprende las relaciones generadas y vivenciadas desde la valoración y respeto por el otro, en la búsqueda de condiciones de igualdad desde las diferencias.” Consejo Regional Indígena del Cauca.

¹⁹ Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión. Atención Integral a la Primera Infancia. De Cero a Siempre

1. Manual operativo modalidad institucional.

2. Anexos y orientaciones para la atención de niños, niñas y adolescentes y mujeres gestantes con discapacidad en las modalidades y 3. 3. servicios de la primera infancia del ICBF. 4. Orientaciones para implementar el enfoque diferencial étnico a partir del reconocimiento y respeto de la diversidad.

5. Guía orientadora de acompañamiento a familias con niños y niñas con discapacidad.

6. Instructivo orientaciones para la inclusión de la primera infancia con discapacidad y alteraciones en el desarrollo “entre pares”

Reflexión Pedagógica

Las jornadas de reflexión pedagógica son espacios participativos de diálogo sobre el proceso pedagógico que le dan acento y sentido a la educación inicial, permitiendo que se vincule todo el talento humano en torno al abordaje de elementos estructurales del quehacer pedagógico. Esto hace necesario flexibilizar la implementación de estos espacios aprovechando recursos tecnológicos que propicien la gestión del conocimiento, enriquezcan el quehacer pedagógico y favorezcan el acompañamiento a las familias, cuidadores, niñas, niños.

Plan casero:

Son actividades para los niños y niñas de inclusión que presentan dificultades en su área del desarrollo, el cual es diseñado por la profesional de educación especial y entregado a su familia o cuidador con el fin de ser implementado con regularidad en el ambiente familiar incluye la periodicidad, y el orden de las mismas.

Ficha de caracterización

Formato caracterización Individual de niñas niños y adolescentes con discapacidad:

Es un documento que busca la articulación entre la educadora especial, las agentes educativas, familiares y demás profesionales, permitiendo construir un espacio de encuentro y diálogo de saberes que permite socializar estrategias, percepciones, creencias, expectativas de la familia, descripción de las habilidades, destrezas y capacidades de las niñas y niños con discapacidad, de igual manera las barreras encontradas en el proceso de inclusión social, cuidado y comportamiento del niño, niña con discapacidad que se vincula a la unidad de servicio a partir del reconocimiento de las historias de vida con el fin de que las fichas de caracterización se conviertan en una herramienta la cual sea efectiva en el momento del tránsito armónico al sistema educativo formal.

Planeación Pedagógica con Enfoque Diferencial:

Con relación a la planeación pedagógica es importante destacar que “no debe existir” una planeación distinta para los niños y las niñas con discapacidad, en el diseño de experiencias y actividades pensadas para el disfrute y vivencia de las actividades rectoras de la primera infancia, no obstante, las apuestas pedagógicas deben contemplar la participación activa contemplando los ajustes razonables que requieren de acuerdo a las acciones, modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida para el o ella y las agentes educativas, en igualdad de condiciones como los demás.

Existen apoyos que referencian el tipo y frecuencia de un acompañamiento (por un adulto, familiar o cuidador) que puede requerir una niña o niño con discapacidad para garantizar su participación con equidad en las experiencias pedagógicas en diversos escenarios de las UDS/UCA.

La educadora especial en compañía de la agente educativa y profesionales de acuerdo a la ficha de caracterización revisarán la intensidad de los apoyos los cuales se muestran de menor a mayor intensidad.

Apoyo Intermitente (I)

La niña o niño con discapacidad no necesita continuamente del apoyo directo o acompañamiento del adulto al interior de la UDS/UCA.

²³comisión Intersectorial para la Primera Infancia. Lineamiento para la Atención Integral a la Primera Infancia en perspectiva de respeto y reconocimiento de la diversidad. 2016

1.Manual operativo modalidad institucional.

2.Anexos y orientaciones para la atención de niños, niñas y adolescentes y mujeres gestantes con discapacidad en las modalidades y 3. 3.Servicios de la primera infancia del ICBF.4. Orientaciones para implementar el enfoque diferencial étnico a partir del reconocimiento y respeto de la diversidad.

5.Guía orientadora de acompañamiento a familias con niños y niñas con discapacidad.

6. Instructivo orientaciones para la inclusión de la primera infancia con discapacidad y alteraciones en el desarrollo “entre pares”

Celebrar La Diversidad, Alcaldía Mayor De Bogotá, 2015
Política Pública de Infancia y Adolescencia 2011 - 2021

Apoyo Limitado: (L) La niña o niño con discapacidad necesita de un apoyo intensivo de poca duración al interior de la UDS/UCA. El apoyo puede ser de un adulto, familiar o cuidador.

Apoyo Generalizado: (G) La niña o niño con discapacidad necesita de un apoyo de máxima persistencia y bastante frecuencia al interior de la UDS y/o CUA y requiere de la intervención directa del adulto familiar y/o cuidador para lograr una participación con equidad.

Sobre lo mencionado anteriormente se presenta a modo de ejemplo, un cuadro que representa el tipo de apoyo de acuerdo a la discapacidad, el seguimiento, observación, registrado por la educadora especial, la agente educativa, familia, psicosocial y profesionales de la salud.

		Describe el Apoyo						
Actividad	Necesita Apoyo		Producto, Acción y /o Persona	Intensidad del Apoyo				
Como contarle a los niños y niñas que va a ingresar un niño con discapacidad visual			Se sensibilizará a los niños y niñas de manera muy natural y se les indicará que Sofia participará de todas las actividades, no obstante, se necesitará tener en cuenta: Saludar a la niña en voz alta. ... Preguntarle si le gustaría ayuda. ... Al caminar , ofrécele tu brazo haciendo que toque la parte trasera del mismo, justo encima del codo. ... Ayuda a la niña a usar las escaleras. ... Ayuda a la niña sentarse. ... Ayuda a la niña a sentarse en el comedor.					
Entrenamiento en orientación y movilidad	Si	No	Ejemplo: Sofia tiene discapacidad visual, la educadora especial y la agente educativa deben ayudar a Sofia a desplazarse por los diferentes espacios de la unidad de servicio para llevar a cabo la participación se tendrá en cuenta: Concientización de los sentidos: Las planeaciones pedagógicas serán igual para todos los niños y niñas, sin embargo, el ajuste razonable será enfocado en reforzar el oído, el olfato, el tacto y la autopercepción. Conceptos de espacio: ¡Enseñar a Sofia de que los objetos existen! pueden oírse o tocarse y enseñar la relación que existe entre los objetos en el medioambiente. Habilidades de búsqueda: Localizar cosas y lugares de manera eficiente en la UDS Movimiento independiente: gatear, rodar, caminar, etc. Guía con vista: solicitar a un niñ@ como ayuda para desplazarse.	I	L	E	G	N/A

			Técnicas de protección propia: habilidades específicas que provean protección adicional en los sitios extraños.				
Optimizar su Desarrollo	X		Para desplazarse Sola: Sofía necesitará conocer el lugar de la UDS, animarla a recorrer y explorar con sus manos, cuando se desplace se le indicará que su compañerito o compañerita le contarán que se encuentra en el camino! Ejemplo: estamos entrando al comedor, toca el tapete con tus pies y manos, contemos cuantos escalones bajamos. Como no camina sola se debe animar a caminar cerca de las paredes y con una mano estirada al frente de su cara de manera que se proteja en caso de encontrar algún obstáculo, intentar de que al compañerito no la tome de la mano ofrécele tu brazo haciendo que toque la parte trasera del mismo, justo encima del codo. de esta manera Sofía aprenderá a caminar ligeramente atrás suyo.				
Utilizar los materiales didácticos	X		Contarle a Sofía a donde van, que hay, permitirle explorar los materiales antes de usarlos.				

Plan de Apoyo a la Inclusión con Enfoque diferencial:

El tratar a todas las personas de la misma forma significa **Dignificar** esta palabra corresponde a una reflexión sobre lo que reconocemos y valoramos como distinto. Avanzar en esta reflexión invita a las agentes educativas a reafirmar su compromiso de transformación de imaginarios, a fortalecer su sensibilidad y a reconocer que cada niña y cada niño tienen ritmos de aprendizajes, expresiones, formas de ser y capacidades humanas, que les hacen distintos y singulares a la vez. Las capacidades son diversas, se expresan de múltiples maneras y exigen en muchos casos acciones diferenciadas para su desarrollo.

son los ajustes a la planeación y ejecución de las actividades pedagógicas que potencian el desarrollo y aprendizaje de los niños y niñas en el marco del proyecto pedagógico de educación inicial de las UDS; estos ajustes se enfocan en el material didáctico, en el tiempo de ejecución de la actividad, en la metodología, en los desarrollos a fortalecer y en otras acciones que la maestra, se espera entonces, que mencionados ajustes garanticen la participación del niño o niña. El plan de apoyo a la inclusión (PAI) promueve entonces, una mirada diferencial que puede ser o no necesaria en el marco de una actividad pedagógica determinada por la maestra del nivel.

Este plan de apoyo debe contemplar los resultados de los perfiles de cada niño o niña en la aplicación de la **EVCDI-R Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil- Revisada**, esta Valoración no debe tener en cuenta los diagnósticos por médicos Psiquiatras, Pediatras entre otros profesionales de la salud y de rehabilitación, debido a que su edad cronológica no corresponde a su edad mental reduciendo al niño o niña a una expectativa de desarrollo meramente cognitiva, adicional se debe contemplar los intereses de los niños y niñas, identificación de barreras, restricciones en la comunicación, en la movilidad, en la expresión de estados de ánimo, en la percepción del entorno, en relación consigo mismo, con pares y con otros adultos.

1.Manual operativo modalidad institucional.

2.Anexos y orientaciones para la atención de niños, niñas y adolescentes y mujeres gestantes con discapacidad en las modalidades y 3. 3. Servicios de la primera infancia del ICBF.4. Orientaciones para implementar el enfoque diferencial étnico a partir del reconocimiento y respeto de la diversidad.

5.Guía orientadora de acompañamiento a familias con niños y niñas con discapacidad.

6. Instructivo orientaciones para la inclusión de la primera infancia con discapacidad y alteraciones en el desarrollo “entre pares”

Celebrar La Diversidad, Alcaldía Mayor De Bogotá, 2015

Política Publica de Infancia y Adolescencia 2011 - 2021

Momento 1: Primera fotografía

Deben estar presentes los siguientes agentes:

- La familia (madre, padre, acudiente, cuidadora o cuidador)
- La maestra o maestras según sea el nivel
- La profesional psicosocial
- La o el educadora especial

En este espacio establezca un diálogo de saberes con la familia para realizar el acercamiento a la historia de vida, se debe diligenciar el formato de *Caracterización individual de niños y niñas y adolescentes con Discapacidad*.



PROCESO DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO CARACTERIZACIÓN INDIVIDUAL DE NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE CON DISCAPACIDAD

FECHA: 2016/05/04

Página 1 de 4



PROCESO DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO CARACTERIZACIÓN INDIVIDUAL DE NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE CON DISCAPACIDAD

FECHA: 2016/05/04

Página 2 de 4



PROCESO DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO CARACTERIZACIÓN INDIVIDUAL DE NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE CON DISCAPACIDAD

FECHA: 2016/05/04

Página 3 de 4

1. Información del Alumno

Nombre:	Apellido:	Nombre:	Apellido:
Identificación:	Tipos de discapacidad:	No. Cédula:	
Grupos / Institución:	Edad:	Temática:	Otros datos:
Representante de la familia:			
Correo electrónico:			
Fecha elaboración PAIF:			

2. Datos de identificación de la Niña, Niño o Adolescente

Nombre y apellidos:		Tipos de discapacidad:	Grupos / Institución:
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Departamento:	País:
Edad:	Permanencia:	EPSP/PA:	Diagnóstico:
Sexo:	Permanencia:	EPSP/PA:	Diagnóstico:
Grupos / Institución:	Definición de discapacidad:	ALP/PA:	
Fecha de nacimiento:	Permanencia:	EPSP/PA:	Diagnóstico:
Sexo:	Permanencia:	EPSP/PA:	Diagnóstico:

3. Datos de identificación familia Cuidador Acusante

Origen de la familia o del Acusante - origen de la familia acusante

Nombre:	Apellido:	Nombre:	Apellido:
Identificación:	Tipos de discapacidad:	No. Cédula:	
Grupos / Institución:	Edad:	Temática:	Otros datos:
Representante de la familia:			
Correo electrónico:			
Fecha elaboración PAIF:			



PROCESO DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO CARACTERIZACIÓN INDIVIDUAL DE NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE CON DISCAPACIDAD

FECHA: 2016/05/04

Página 4 de 4



PROCESO DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO CARACTERIZACIÓN INDIVIDUAL DE NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE CON DISCAPACIDAD

FECHA: 2016/05/04

Página 5 de 4

4. Información Educación

Nombre y apellidos:	Tipos de discapacidad:	Grupos / Institución:
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Departamento:
Edad:	Permanencia:	EPSP/PA:
Sexo:	Permanencia:	EPSP/PA:

5. Información Salud

¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza o en el cuello?	¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza o en el cuello?	¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza o en el cuello?
¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza o en el cuello?	¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza o en el cuello?	¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza o en el cuello?
¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza o en el cuello?	¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza o en el cuello?	¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza o en el cuello?

6. Descripción de las habilidades, destrezas, capacidades, competencias del NNA con discapacidad

ÁREA	DESCRIPCIÓN	NIÑO O NIÑA	PRESENCIA/EFECTIVIDAD EN LA VIDA
COMUNICACIÓN	¿Puede comunicarse verbalmente o por escrito?		
MOVILIDAD	¿Puede moverse libremente?		
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA COTIDIANA	¿Puede realizar actividades básicas de la vida cotidiana?		

Momento 2

PIAR (plan de apoyo individual de ajustes razonables)

Herramienta de apoyo para la planeación pedagógica en el momento en que el niño con discapacidad o dificultades en el aprendizaje no puede desarrollarse plenamente en el campo de la educación inicial que realiza las maestras de aula respaldado por la docente de apoyo o educadora especial.

La articulación entre las maestras y educadora especial es impajaritable debido a que la maestra esta con los niños y niñas en el aula permanentemente y la educadora es una red de apoyo, para favorecer el desarrollo, aprendizaje y la participación de experiencias y actividades que identifiquen los gustos, particularidades, potencialidades de los niños y niñas lo cual contribuirá a modificar o adoptar medidas contempladas desde la diversidad y la diferencia como insumo para las planeaciones pedagógicas:

- ✓ Reconocer su historia de vida
- ✓ Los ajustes al espacio, que pueden variar según las necesidades del lugar.
- ✓ Unidad de servicio si ha estado incluido
- ✓ Los tiempos de permanencia de la niña o niño en la unidad de servicio, (flexibilización del horario)
- ✓ Los ajustes al ciclo de menús de alimentos (preparaciones, consistencia, cantidad, ingredientes)

- indicados por su médico tratante de su EPS cuando estos por alguna situación de salud las niñas y los niños no pueden consumirlos, en articulación con las nutricionistas.*
- ✓ *Los acompañamientos por parte de la familia y educadora especial.*
 - ✓ *Los ajustes razonables a los proyectos de aula y planeaciones, cuya finalidad es garantizar la participación de todas y todos. **Se realiza cada semana, Cada quince Días o cada mes, según las dinámicas de la unidad de servicios.***
 - ✓ *La gestión para redes de apoyo intra e intersectoriales, de acuerdo con las necesidades particulares de las niñas y los niños para la consecución de cualificaciones a maestras/os, consecución de productos de Apoyo, gestiones con el sector salud, educación, cultura, como por a entidades rectoras sobre las necesidades a satisfacer).*
 - ✓ *Identificar las barreras de participación el aprendizaje y el acceso físico y tecnológico*
 - ✓ *Valoración pedagógica integral teniendo en cuenta los informes de las maestras y profesionales de la salud.*
 - ✓ *Comunicación*
 - ✓ *Objetivos del año*
 - ✓ *Evaluación de las dimensiones de desarrollo de acuerdo con los pilares de la educación*
 - ✓ *Recursos físicos, didácticos y tecnológicos.*
 - ✓ *La elaboración de los PIAR son liderados por las maestras y acompañados por la educadora especial, familias y estudiantes y así mismo incluye sugerencias para las familias, maestras, compañeros y administrativos con el fin de garantizar una educación inclusiva y de calidad.*
 - ✓ *Observación permanente por parte de la maestra de aula en donde registre y reconozca las actitudes, necesidades, intereses, competencias, habilidades y capacidades por parte de los niños y niñas con discapacidad o dificultades en el aprendizaje.*
 - ✓ *Informar a las familias de los PIAR diseñados en la UDS por la educadora especial para que ellos sean un apoyo en el núcleo familiar y contribuyan a un efectivo aprendizaje y se convierta en el mapa de educación pertinente y de calidad*
 - ✓ *Seguimiento y monitoreo por parte de la maestra, educadora y familia.*
 - ✓ *Seguimiento a las evaluaciones.*

Momento 3_Implementación del Plan de Acompañamiento:

Revisar los compromisos y acciones acordadas, y realice el seguimiento a lo propuesto en los ajustes razonables del momento 2, con el fin de garantizar una atención integral en el desarrollo de las niñas y niños de las unidades de servicios, este proceso debe quedar registrado en la ficha de caracterización Posterior a ese momento, debe valorarse la pertinencia de las acciones desarrolladas y si el **proceso** lo amerita, reformular las acciones o continuar con el momento 4.

*Cuando la maestra/o, haya reportado una niña o un niño por alertas en el desarrollo y en el proceso de observación, se determine que **NO** se requiere el acompañamiento por el o la Educadora Especial, es importante dejar el registro de la observación en el formato de caracterización de apoyos en relación con el desarrollo y entregar por escrito las sugerencias y/o estrategias.*

Momento 4: Encuentro del cierre del plan de acompañamiento con enfoque diferencial.

Convoque a las agentes educativas que intervienen en el proceso educativo de los niños y niñas con discapacidad (familias, psicosociales entre otros) para reconocer el proceso de la niña o el niño, con el fin de identificar los tipos de apoyo por actividades o habilidades, los principales desarrollos a fortalecer, las barreras y facilitadores, para orientar y asesorar el Plan de acompañamiento, las planeaciones pedagógicas y las formaciones a las familias y agentes educativas.

Una vez la niña o el niño ingrese a la unidad de servicio o al proceso, registre la información de la niña o niño en la matriz virtual del cuéntame y actualice la información de acuerdo con el diálogo de saberes con la familia y proceso de observación.

En dónde:	En la unidad de servicio
Cuando:	Enero a diciembre – Depende mes de ingreso de la niña o niño
Activo de información:	Formato de acta (se archiva copia en historia social)
	Ficha de Caracterización individual de los niños y niñas y adolescentes con discapacidad
	(Se archiva en historia social)
	Matriz virtual del cuéntame

Acompañamientos y orientación pedagógica:

En la solicitud y el acompañamiento se contempla en los tres momentos de “Entre Pares”, (1) identificación, (2) participación con equidad y (3) favorecer la transición, a través de 10 Tipos de Acompañamientos y Orientaciones pedagógicas disciplinares:

- Bienvenida
- Identificación de niños y niñas con discapacidad o alteración del desarrollo
- Orientación y fortalecimiento de redes
- Reflexión pedagógica
- Grupos de estudio interdisciplinarios
- Fortalecimiento pedagógico disciplinar
- Fortalecimiento pedagógico disciplinar con productos de apoyo (movilidad– comunicación– Actividades de la Vida Diaria (AVD) – Actividades Básicas Cotidianas (ABC)
- Seguimiento al fortalecimiento pedagógico disciplinar
- Aportes caracterizaciones de transición (grado cero)

Convoque Grupos de Estudio Interdisciplinarios - GEI:

Esta herramienta del campo pedagógico requiere metodológicamente de la colaboración de diversas y diferentes disciplinas (directora, agentes educativas educadora especial, psicosocial y nutricionista (donde se busca articular acciones que respondan a las necesidades puntuales referidas por las maestras, familias y educadora especial, con el fin de superar las alertas y promover la garantía de los niños y niñas en condición de discapacidad.

Si identifica acciones que ponen en alerta el proceso de inclusión social/educativa de las niñas y los niños con discapacidad y ya se han implementado acciones que no han respondido a las necesidades del contexto,

En dónde: Unidad de servicios

Cuando: Según las necesidades y requerimientos al interior de la Unidad

Activo de información: Formato de acta diligenciada se archiva historia social del niño

Realice Encuentros de Reflexión:

Reflexión Pedagógica

Estas capacitaciones inclusivas en las reflexiones pedagógicas aportan a la función de las agentes educativas en la primera infancia, herramientas y estrategias pedagógicas que le dan sentido a la planeación en clave del reconocimiento y de la dignidad humana y que, en consecuencia, diversifican las múltiples acciones y procesos pedagógicos. De igual manera tienen formas autónomas para relacionarse con el mundo, de interpretarlo y de apropiarlo, sugiriendo una comprensión del enfoque diferencial desde la valoración y celebración de la diversidad desde sus ritmos singulares de desarrollo y condiciones particulares (género, étnicos – raciales, socioeconómicas, discapacidad, conflicto armado, entre otros).

Desafío político: el cual incluye

- Autoformación y visibilidad
- Fortalecer el Lenguaje incluyente •
- Igualdad en derechos
- Reconocer libertades
- Valoración social
- Nombrar para dignificar, • Escuchar, ver, sentir activamente,
- Valorar la familia y comunidad de origen

1.Manual operativo modalidad institucional.

2.Anexos y orientaciones para la atención de niños, niñas y adolescentes y mujeres gestantes con discapacidad en las modalidades y 3. 3.servicios de la primera infancia del ICBF.4. Orientaciones para implementar el enfoque diferencial étnico a partir del reconocimiento y respeto de la diversidad.

5.Guía orientadora de acompañamiento a familias con niños y niñas con discapacidad.

6. Instructivo orientaciones para la inclusión de la primera infancia con discapacidad y alteraciones en el desarrollo “entre pares”

Celebrar La Diversidad, Alcaldía Mayor De Bogotá, 2015
Política Publica de Infancia y Adolescencia 2011 - 2021

Desafío pedagógico el cual incluye:

- Promover el desarrollo de Aprendizajes esenciales
- Aprender a reconocer las historias de vida.
- Crear espacios y ambientes que hablen de los niños, las niñas y sus capacidades, habilidades y maneras de potenciarlos.
- Reconocer capacidades diversas.
- Reparar actuaciones que producen daño.

Desafío ético que incluye:

- Evitar la humillación y la discriminación.
- Promover prácticas de cuidado.
- Promover una vida con autonomía
- Promover desarrollo armónico e integral

Esta herramienta del campo pedagógico requiere metodológicamente de la colaboración de diversas y diferentes disciplinas (directora, maestras, educadora especial, psicosocial y nutricionista (donde se busca articular acciones que respondan a las necesidades puntuales referidas por las maestras, familias y educadora especial, con el fin de superar las alertas y promover la garantía de los niños y niñas en condición de discapacidad.

1.1 Diseño y entrega planes caseros

Dentro del acompañamiento con las familias, diseñe planes caseros, cortos, concisos con tareas o acciones puntuales, complemente la información con imágenes de las acciones, para que los padres, madres o cuidadores se sientan agradados y no con “una tarea”.

Es importante señalar que los planes caseros se priorizan en el mes de receso de diciembre y en el marco de incapacidades médicas prolongadas que permita la ejecución de actividades por la niña o el niño. También pueden ser contemplados, para fines de semana cuando se esté trabajando en el control de esfínteres e independencia en el consumo de los alimentos, o cuando la o el Educadora o Educador Especial - EE y la maestra/o lo consideren pertinente, en este sería importante, la articulación con la o él psicólogo o nutricionista si la situación lo amerita.

Al finalizar el año las y los educadores especiales han de garantizar que todas las niñas y niños con discapacidad y alteraciones en el desarrollo cuenten con el plan casero.

En dónde:	Unidad operativa
Cuando:	Se realiza según dinámicas de trabajo con Familia.
Documentos:	Formato Plan Casero (FOR-PSS-011) - se archiva en historia social

Planes caseros:

Proveen al niño de estímulos específicos los cuales provocan una respuesta adaptativa para fortalecer las capacidades que le facilitaran sus rutinas y habilidades en los AVD (actividades de la vida diaria y ABC (actividades básicas cotidianas).

La educadora especial dentro del acompañamiento con las familias debe diseñar planes caseros, que complementen la información con imágenes de las acciones, para que los padres, madres o cuidadores sientan agrado y no lo vean como una obligación sino como una red de apoyo para el fortalecimiento del desarrollo de sus hijos e hijas.

Es importante señalar que los planes caseros se priorizan en el mes de receso de diciembre y en el marco de incapacidades médicas prolongadas que permita la ejecución de actividades por la niña o el niño. También pueden ser contemplados, para fines de semana cuando se esté trabajando independencia en el consumo de los alimentos, o cuando la Educadora Especial - EE y la maestra/o lo consideren pertinente, articulándose siempre con el equipo psicosocial.

1.Manual operativo modalidad institucional.
2.Anexos y orientaciones para la atención de niños, niñas y adolescentes y mujeres gestantes con discapacidad en las modalidades y 3. 3. Servicios de la primera infancia del ICBF.4. Orientaciones para implementar el enfoque diferencial étnico a partir del reconocimiento y respeto de la diversidad.
5.Guía orientadora de acompañamiento a familias con niños y niñas con discapacidad.
6. Instructivo orientaciones para la inclusión de la primera infancia con discapacidad y alteraciones en el desarrollo “entre pares
Celebrar La Diversidad, Alcaldía Mayor De Bogotá, 2015
Política Publica de Infancia y Adolescencia 2011 - 2021

Al finalizar el año las educadoras especiales han de garantizar que todas las niñas y niños con discapacidad y alteraciones en el desarrollo cuenten con el plan casero.

En dónde: Unidad de servicios
Cuando: Se realiza según dinámicas de trabajo con Familia.
Documentos: Formato Plan Casero se archiva en historia social

Recomendaciones para la familia:

- ✓ *Iniciar las actividades del plan casero una vez se halla alimentado si el plan requiere ejercicios de movimiento.*
- ✓ *Mantener al niño aseado*
- ✓ *Realizar las actividades en un sitio tranquilo. Limpio que se encuentre bien iluminado y ventilado.*
- ✓ *Durante la realización de las actividades alejar al niño o niña de cualquier ruido o distractor para que obtenga una buena concentración.*
- ✓ *Ambientar el lugar con canciones infantiles cuando lo amerite.*

Elaborado por:	SONIA VALENCIA ZULUAGA	Lic. En educación especial Especialista en Planes de desarrollo y Planeación educativa.
----------------	------------------------	--

-
- 1.Manual operativo modalidad institucional.
 - 2.Anexos y orientaciones para la atención de niños, niñas y adolescentes y mujeres gestantes con discapacidad en las modalidades y 3. 3. Servicios de la primera infancia del ICBF.
 4. Orientaciones para implementar el enfoque diferencial étnico a partir del reconocimiento y respeto de la diversidad.
 - 5.Guía orientadora de acompañamiento a familias con niños y niñas con discapacidad.
 6. **Instructivo orientaciones para la inclusión de la primera infancia con discapacidad y alteraciones en el desarrollo “entre pares**
 - 7.Celebrar La Diversidad, Alcaldía Mayor De Bogotá, 2015
 - 8.Política Publica de Infancia y Adolescencia 2011 - 2021

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 01

Hora: 12:45 pm

Fecha: 21 Feb 2024

Lugar:

H1 Manday

Dependencia que
Convoca:

REGIONAL BOGOTA ICBF - GRUPO ADMINISTRATIVO

Proceso:

APOYO - ADMINISTRATIVO

Objetivo:

ENTREGA DE INVENTARIO

Agenda:

Verificación de los elementos según listado adjunto.

Desarrollo: Se realizó el recuento por el hogar infantil; constatando los inventarios.

Se relaciona los siguientes elementos faltantes:

1 TV. LG 22"

4 muebles moderna 6 paxos

12 mesas de madera-comedor

1 balanza - peso niño

2. Hornos microondas - Samsung

3. Grabadora - Sony

Decisiones:

¡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 CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

ACTA No. _____

FECHA: 21-02-2024

ASISTENTES:

Nombre de quien entrega: DIEGO MUÑOZ Nombre de quien recibe: MARGARITA MESA

Representación: ICBF Representación: FUNDAMIS

MOTIVO ENTREGA INMUEBLE: ENTREGAR, A TÍTULO DE COMODATO O PRÉSTAMO DE USO Y CON LA OBLIGACIÓN DE RESTITUIR AL ICBF, EL BIEN INMUEBLE UBICADO EN LA CL 5B 73B 26, DE ACUERDO CON LA CÉDULA CATASTRAL No. FB 5B 73B 16 BARRIO MANDALAY, DE LA LOCALIDAD DE KENNEDY DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C, DISTINGUIDO CON EL FOLIO DE MATRÍCULA INMOBILIARIA No. 50C-112604, DE LA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PÚBLICOS DE BOGOTÁ D.C., Y CHIP No. AAA0047PZHK. Los bienes que se entregan tendrán uso exclusivo en la operación de programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

IDENTIFICACION DEL INMUEBLE

Tipo de inmueble:

Casa: X Casa lote: _____ Lote: _____ Apartamento: _____ Oficina: _____ Local: _____

Bodega: _____ Edificio: _____ Finca: _____ Parqueadero: _____ Otro ¿Cuál? _____

Numero matricula inmobiliaria: 50C00112604

Dirección: CL 5 B 73 B 26

Municipio: BOGOTÁ Departamento: CUNDINAMARCA

ESTADO FISICO EN QUE SE ENCUENTRA EL INMUEBLE

Bueno: X Regular _____ Malo: _____

Explique: INMUEBLE EN BUEN ESTADO, POR DANOS Y VETERAN BUEN ESTADO.

OBRAS CONSTRUIDAS (Relaciones en inventario adjunto)

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

	PROCESO SERVICIOS ADMINISTRATIVOS FORMATO ACTA ENTREGA DE INMUEBLES	F1.P18.SA	29/01/2024
		Versión 3	Página 2 de 2

SERVICIOS PUBLICOS

Acueducto y alcantarillado: SI ☐ NO ☐ Último periodo de pago: 11/10/2023 9/12/2023

Energía : SI ☐ NO ☐ Último periodo de pago: 29/11/2023 23/12/2023

Teléfono : SI ☐ NO ☐ Último periodo de pago: _____

Gas : SI ☐ NO ☐ Último periodo de pago: NOV DIC 2023

Acueducto y alcantarillado : SI ☐ NO ☐ Último periodo de pago: _____

OBSERVACIONES:

INMUEBLA 2 PLANTAS, 1 PUÑO CONTROL, JALON PANGULAT,
PUERTELLA, BAÑO NUEVO L BATERIA, OFICINA PSICOLOGA, COCINA
ALACENA, CUARTO MATEMÁTICA, OFICINA CONDOMINIO, BAÑO TALLER
HUMERO, VERA LAVABO. POR JUBOT, APOYADO
2 PUÑO. ADA SANCION, ADA PANGULAT, BAÑO NUEVO,
ADA PANGULAT B.

Se firma en el municipio de BOGOTÁ, en dos originales, uno para cada una de las partes, a los 21 días del mes de FEBRERO del año 2024-

QUIEN RECIBE

Margarita Mesa Ortiz
52.918.385
Coordinadora

(Nombre, cedula y cargo)

QUIEN ENTREGA (ICBF)

DIEGO MUÑOZ
1032359435
COORDINADOR ICBF

(Nombre, Cedula y cargo)

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

REPORTE DE ACTIVOS FIJOS

Fecha Reporte: 12/02/24 14:08:12

Placa / Activo Descripción Placa / Activo

830072816 CORPORACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL HUMANO CORDIN

1100100133814 HOGAR INFANTIL ASOC. PADRES DE FAMILIA DEL HI MANDALAY

Fecha de Compra Costo Histórico Estado Actual

75014	Monitor	18/05/2009	21,000.00	08239_	
76099	Licuadaora Industrial	18/04/2005	25,000.00	10992_	
314670	Licuadaora Industrial	20/06/2017	75,400.00	DE 5 LITROS	
314671	Congelador	20/06/2017	68,000.00	HORIZONTAL DE 100 LTS.	
76088	Televisor	18/04/2005	79,499.00	10980_ "29""	
68333	Archivador Metalico	1/01/1986	729	23800_ DE 4 GAVETAS	
68334	Archivador Metalico	1/01/1986	476	23799_ DE 2 GAVETAS	
68332	Libros de Educación	1/01/1986	8,568.00	23798_ ENCICLOPEDIA PRE-ESCOLAR 5 TOMOS	
68560	Vitrina	1/01/1986	307	23807_ ELABORADA EN MADERA	
68338	Mesa de Madera	1/01/1986	289	23804_ AUXILIAR	
76092	Juego de Muebles	18/04/2005	8,995.00	10984_	
68335	Juego de Comedor	1/01/1986	290	23801_ ADULTO DE 6 PUESTOS EN MADERA	
314668	Archivador	20/06/2017	47,978.00	DE CUATRO GAVETAS NEGRO	
362749	Lavadora secadora	28/01/2019	1,508,949.12		0
362750	Modulo de Escritorio Tipo L	28/01/2019	84,490.00		0
362753	Licuadaora profesional	28/01/2019	48,990.00		0
472744	Silla Neumatica	28/09/2023	318,752.00	SILLA NEUMATICA	
472745	Reproductor de Audio	28/09/2023	179,900.00	REPRODUCTOR AUDIO	
472746	Reproductor de Audio	28/09/2023	179,900.00	REPRODUCTOR AUDIO	
472747	Reproductor de Audio	28/09/2023	179,900.00	REPRODUCTOR AUDIO	
472748	Reproductor de Audio	28/09/2023	179,900.00	REPRODUCTOR AUDIO	
472749	Televisor	28/09/2023	1,139,900.00	TV PANASONIC 42"	
472750	Silla Neumatica	28/09/2023	487,494.00	SILLA NEUMATICA	
472751	Silla Neumatica	28/09/2023	487,494.00	SILLA NEUMATICA	
472752	Escritorio de Madera	28/09/2023	739,764.00	ESCRITORIO MADERA	
472753	Estufa Industrial	28/09/2023	4,000,000.00	ESTUFA INDUSTRIAL	
472754	Nevera	28/09/2023	3,799,900.00	NEVERA	
472755	Megafono	28/09/2023	162,577.00		
472756	Tallimetro	28/09/2023	903,439.00		
			14,737,880.12		

