Fwd: Re: Medicamento usuario jairo emir quintero

De hsgestordecasoplata@fundacionyotecuido.com
Destinatario Eliana Alvarez <Eliana.Alvarez@icbf.gov.co>
Fecha jue 19:10

Resumen | Cabeceras | Sólo texto | Descargar todos los adjuntos

orden de medicamento jairo.pdf (~1.2 MB) | jairo emir solicitud del medicamento.pdf (~3 KB)

Cordila saludo doctora

Me dirijo a usted de forma respetuosa para corregir el correo anteriormente enviado donde se le informa la gestión realizada ante la super intendencia de salud el día 30 de mayo del 2024, donde se solicita el apoyo para la entrega del medicamento PRANOSINA, formulado por la especialidad de pediatría para el usuario Jairo emir Quintero Penha. Sin embargo, aclaro que la solicitud es reciente. Entonces le menciono si esperamos respuesta dentro de los parámetros establecidos por la EPS, o que me recomienda realizar y dar solución a la situación.

Pido disculpa por no adjuntar los documentos requeridos, por consiguiente adjunto orden medica y gestión realizada

Agradezco su atención.

Atentamente

Laura Daniela Olcunche Noscue

Gestora de caso de la fundación social yo te cuido

-------- Mensaje Original --------

Asunto: Re: Medicamento usuario jairo emir quintero
Fecha: 2024-05-30 16:02
De: Eliana Mercedes Alvarez Munoz <Eliana.Alvarez@icbf.gov.co>
Destinatario: "hsgestordecasoplata@fundacionyotecuido.com" <hsgestordecasoplata@fundacionyotecuido.com>
Cc: "hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com" <hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com>

Buenas tardes,

Atendiendo la petición adjunta me permito realizar la siguiente observación, en la misma no se especifica cuál es el medicamento que se ordenó por parte del profesional en medicina y que requiere el niño, como tampoco se adjunta la orden que justifica tal solicitud. Y donde se niega por no estar al parecer dentro del Pos

Por lo que solicito se subsane tal situación y se realice de conformidad con los expuesto.

Quedo atenta

Obtener Outlook para iOS

De: hsgestordecasoplata@fundacionyotecuido.com <hsgestordecasoplata@fundacionyotecuido.com>
Enviado: Thursday, May 30, 2024 11:27:22 AM
Para: Eliana Mercedes Alvarez Munoz <Eliana.Alvarez@icbf.gov.co>
Asunto: Re: Medicamento usuario jairo emir quintero

El 2024-05-20 15:06, hspsicologiaplata@fundacionyotecuido.com escribió:

Cordial saludo

De acuerdo al corre anterior se le adjunta gestión realizada por parte de la gestora de caso de la fundación, en cuanto a la entrega del medicamento de Jairo Emir.

Agradezco su atención

Atentamente

SOLICITUD CITA ESP.PSIQUIATRIA PEDIATRICA

A programacion.cirugia@fciclubnoel.com el 2024-06-26 12:11

Detalles Cabeceras Sólo texto

documentos.pdf (~1.9 MB)

Cordial saludo

por favor para solicitar la siguiente cita de consulta por primera vez por especialista en psiquiatría pediátrica para el niño Yastin leandro samboni golondrino
Registro civil 1077248471 de san Agustín huila

cel. 314 4728447 -3123362900 gracias quedo atenta

(sin asunto)

De yuli andrea rojas artunduaga <rojasartunduagayuliandrea13@gmail.com> el 2024-06-25 17:27

Detalles Cabeceras Sólo texto

Por medio de este correo pido su apoyo para la autorización de los medicamentos que le anvian a la joven Yeni Patricia tirado toro, identificada con cc. 1119212746.
Los medicamentos los tiene que comprar y el defensor ya autorizó estamos a la espera de la autorización de la doctora layla.
Muchas gracias por su apoyo.

Fwd: Medicamento Pendiente Del Menor Emanuel Santiago Martinez Males

De erika fernanda ramos urbano <erikaramos152000@gmail.com> el 2024-06-25 11:20

Detalles Cabeceras Sólo texto Descargar todos los adjuntos

Screenshot_2024-06-25-11-12-10-999_com.intsig.camscanner.jpg (~502 KB)

Screenshot_2024-06-24-16-44-56-691_com.google.android.contacts.jpg (~175 KB)

Cabe resaltar que la madre Sustituta Luz Nelly Urbano Murcia identificada con Cc 26567386, se dirige a preguntar por dicho médicamento en las droguerías de Pitalito y la respuesta son que no lo manejan o no hay disponibilidad además de ellos se dirige a cafam la droguería del éxito y allí está agotado.

--------- Forwarded message ---------
De: **erika fernanda ramos urbano** <erikaramos152000@gmail.com>
Date: mar, 25 de jun de 2024, 11:18 a. m.
Subject: Medicamento Pendiente Del Menor Emanuel Santiago Martinez Males
To: Cristina Molina Artunduaga <Cristina.Molina@icbf.gov.co>
Cc: <HSTRABAJADORASOCIALPITALITO@fundacionyotecuido.com>, <HSGESTORDECASOPITALITO@fundacionyotecuido.com>

(sin asunto)

De yuli andrea rojas artunduaga <rojasartunduagayuliandrea13@gmail.com> el 2024-06-25 17:22

Detalles Cabeceras Sólo texto

Por medio de este correo informo sobre las citas pendientes de la menor Sofía hoyos chilito, identificada con tarjeta de identidad 1084260020.
La neuropsicologa mirando el resultado de la prueba cognitiva de la menor envía una serie de terapias a las cuales no a podido dar inicio, ya que le exijen una orden médica y solo me enviaron el resultado de la prueva como tal.
Ya para el día viernes 28 de junio a la 1.30 pm, la niña tiene una cita de medicina general para transcribir y asi poder tener la orden médica y poder radicar e iniciar las terapias.

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, realizo las gestiones necesarias para garantizar la vinculación de los beneficiarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema de Educación Formal o según corresponda de acuerdo con sus características.

Neiva – 05 de julio del 2024

Atentamente,



_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que en la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, no se presentaron eventos de daño antijuridico, que pudieran afectar la prestación del servicio en los municipios de Garzon, Pitalito la Plata.

.

Neiva – 04 de julio del 2024

Atentamente,



_____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

solicitud apoyo en Garantia de derechos

A Claudio Lopez <Claudio.Lopez@icbf.gov.co> el 2024-06-11 14:45

Detalles Cabeceras Sólo texto

Cordial saludo

Doctor

CLAUDIO LOPEZ

Le escribimos solicitando su apoyo con el documento de identidad del usuario YORVIN SMITH ORTIZ MARTINEZ T.I NO. 1064726177, ya que solo contamos con el acta de ingreso y al realizar verificacion el en sistema ADRESS NO nos reporta EPS la cual necesitamos iniciar procesos de garantia de derechos por ello recurrimos a su apoyo como entidad administrativa.

Estaremos muy atentos a su respuesta asi mismo garantizar las acciones correspondiente con el menor

LINA MARIA SUAREZ LLANOS

GESTORA DE CASO-PSICOLOGA

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

Documentos continuidad proyecto sueños "Laura Bocanegra"

De <hsgestordecasopitalito@fundacionyotecuido.com>
Destinatario <Martha.Marin@icbf.gov.co>
Fecha 2024-07-02 15:41

835286MATR.pdf (~1.2 MB) 116686507CNOT07.pdf (~61 KB) Certificado-Cuenta-Ahorros.pdf.pdf (~107 KB)

Cordial saludo

Anexo documentos para la continuidad universitaria de la usuaira Laura Bocanegra del municipio de Pitalito

Mil gracias

LINA MARIA SUAREZ LLANOS

PSICOLOGA-GESTORA DE CASO

Re: Reunión de empalme del Caso de Daniela Villamil

A hsgestordecasoplata@fundacionyotecuido.com el 2024-06-05 17:18

Detalles Cabeceras Sólo texto

EMPALME DANIELA VILLAMIL.docx (~299 KB)

Cordial saludo

Anexamos el ACTA DE EMPALME USUARIA DANIELA VILLAMIL esperamos este con los cuerdos y agreguen sus firmas para que esta quede como sorporte de dicho accion

Gracias

EQUIPO FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO PITALITO

De Fabián Guzman <fg4743582@gmail.com> el 2024-06-17 11:56

Detalles Cabeceras Sólo texto

Estimado Defensor Javier Orlando,

Reciba un cordial saludo.

De acuerdo a sus recomendaciones del estudio de caso, me dirigí al Instituto de Cultura para averiguar sobre actividades adecuadas para mí. Lamentablemente, no encontré ninguna actividad que se ajuste a mis necesidades. La única opción disponible es el baloncesto, en el cual ya he participado anteriormente. Sin embargo, debido a que no dispongo de una silla apropiada, he sufrido varias caídas, lo que me impide continuar con esta actividad.

Por lo tanto, me gustaría saber si sería posible que me colaborara con la inscripción para averiguar si puedo acceder a un gimnasio, según lo hablado en el estudio de caso.

Agradezco de antemano su atención y colaboración en este asunto.

Atentamente,

SEMANA PROYECTO FAMILIAR- MADRE SUSTITUTA KAREN CALDERON

A Layla.betancourt@icbf.gov.co el 2024-06-20 21:47

Detalles Cabeceras Sólo texto

semana proyecto familiar Karen Dariana.pdf (~173 KB)

Cordial saludo

Doctora Layla

Acontinuacion adjunto carta soporte de la madre sustituta KAREN DARIANA CALDERON, Ya que esta anteriromente fue socialidad la semana de proyecto familiar y se llego a el acuerdo que la tomariaa apatir del *21 de junio del 2024*, por ende como coequiperos esperamos su aval ya que se anexara correo a las defensiras para la reubicacion de los niños, niñas y adolescente que se encuentran con la madre, de antemano agradezco su colaboracion y respuesta positiva

LINA MARIA SUAREZ LLANOS

GESTORA DE CASO

Consecutivo	Nombre Completo	VINCULADO A ACTIVIDAD EXTRACURRICULAR	
		SI	NO
1	**ADAN LAVAO RIVERA**	X	
2	JHON FREDY ALEXANDER ABELLA CHAUX	x	
3	JAIRO EMIR QUINTERO PENHA	x	
4	FARID SILVA BARRERA	x	
5	DANIELA ALEJANDRA VILLAMIL LUENGAS	x	
6	DENCY CARINA CUNACUE		x
7	LUCIANA CUNACUE YUCUE	x	
8	KELLY JHOANA FERNANDEZ PENNA	x	
9	ASTRID JOHANA VARGAS QUIMBAY	x	
10	MARIA DE LOS ANGELES BURGOS CABALLERO	x	
11	CRISTIAN MAURICIO OME TELLES	x	
12	JOHAN ANDRES JIMENEZ ORDOÑEZ	x	
13	OSCAR MEJÍA LLANOS	x	
14	YOHAN SEBASTIAN JOJOA PALENCIA	x	
15	**CRISTHIAN DAVID ACOSTA CERON**	x	
16	KRISHDAEL MARTINEZ BARONA	x	
17	**TANIA ISABEL CHACUE VOLVERAS**		x
18	ASHLY XIOMARA GUEVARA	x	
19	**JAMES ANDRES COLLAZOS GUAGAS**	x	
20	LEIDY JOHANA MENSA MOPAN	x	
21	ANA SOFIA ORTIZ CONTRERAS	x	
22	ANDRES ESTIBEN OTELARIVERA		x
23	SARA VALENTINA OTELA RIVERA	x	
24	Mariana Aceneth Acosta Gutierrez	x	
25	MARIA ISABEL SALAZAR PERDOMO		x
26	JHON ALEXANDER QUILINDO QUILINDO	X	
27	KAREN SOFIA CACERES ARGOTI	x	
28	ADRIANA PATRICIA SALAZAR PERDOMO	x	
29	**JUAN CARLOS RAMIREZ MUÑOZ**		x
30	LUISA FERNANDA PAZ QUILINDO	x	
31	JUAN CARLOS PAZ QUILINDO	x	
32	MARIA JOSE FIGUEROA ORTEGA		x
33	DANIELA VALENTINA VARGAS PINCHAO		X
34	María Alejandra Mendez Vera	X	
35	LEIDI MILENA ANACONA RUIZ	X	

observaciones
Danza
Bisuteria
Cultivarte
Futbol
Cultivarte
No aplica por la edad
Natación
Futbol
Manualidades
Futbol
Futbol
Futbol
Futbol
Cultivarte
Futbol
Futbol
No aplica por discapacidad
Cultivarte
Cultivarte
Cultivarte
Cultivarte
No aplica por la edad
Bisuteria
Cultivarte
No aplica por la edad
Futbol
Futbol
Cultivarte
No aplica por la discapacidad
Futbol
Futbol
Se encuentre en centro hospitalario desde el primero de mayo
No aplica por la edad
Cultivarte
Cultivarte

IMCRD-2024-00480

Pitalito, 17 de junio del 2024.

Señor
LINA MARIA SUAREZ
Psicóloga
Pitalito- Huila

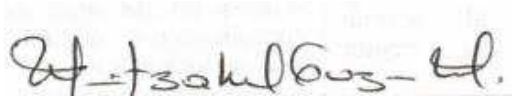
Asunto: Respuesta a solicitud con radicado No. 000443 del 14 de junio de 2024.

Cordial saludo, en atención a su solicitud de apoyo con una muestra de danza, en el marco del desarrollo del acto" Sampedrito", me permito informar que su solicitud fue **APROBADA**, por lo tanto, el maestro Edwin Andrés Argote instructor de la Escuela de Formación Artística danza infantil del Instituto de Cultura, Recreación y Deporte, será el encargado de realizar la presentación con 9 niños.
Nos gustaría solicitar su amable colaboración para brindar refrigerio e hidratación a los niños y niñas que harán la intervención, dado el esfuerzo y la dedicación que nuestros bailarines ponen en su presentación.

Se anexa número de contacto del instructor encargado Edwin Andrés Argote: 3138016527.

Agradecemos sinceramente su interés en preservar y promover las tradiciones de nuestro Valle de Laboyos, así como en fomentar la danza como parte fundamental de la identidad cultural de los niños, niñas y jóvenes de nuestro municipio.

Atentamente,



MARITZABEL GUZMÁN MOSQUERA
Coordinadora de Cultura

Elaboró. Tatiana Camacho / Apoyo profesional Cultura	
Revisado por: MARITZABEL GUZMÁN MOSQUERA	**Aprobado por: MARITZABEL GUZMÁN MOSQUERA**
Firma:	**Firma:**
Cargo: Coordinadora Cultura	**Cargo: Coordinadora Cultura**

Gmail **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com>**

Reporte eventos daño Antijuridico mes de junio del 2024

2 mensajes

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com> 4 de julio de 2024, 15:32
Para: Irma.almario@icbf.gov.co, claudia.vidal@icbf.gov.co, Leidy.Sanchez@icbf.gov.co
Cc: Yuly.Montealegre@icbf.gov.co

Cordial saludo estimadas supervisoras del contrato

De manera comedida me permito enviar adjunto certificación de daño antijurídico para el mes de junio del año 2024, en la cual se reporta que en los municipios de Garzon, Pitalito y la Plata no se presentó ninguna situación relacionada; s Agradezco el apoyo y valiosa colaboración y quedo al tanto de cualquier orientación.

Cordialmente,

Yudy Alejandra Barragan Cleves
Coordinadora Modalidad Hogar Sustituto

Certificacion reporte daño antijuridico.pdf
257K

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com> 4 de julio de 2024, 15:45
Para: "yulymontealegrezanabria@gmail.com" <yulymontealegrezanabria@gmail.com>, yuly.montealegre@icbf.gov.co

Cordial saludo

De manera comedida me permito enviar adjunto certificación de daño antijurídico para el mes de junio del año 2024, en la cual se reporta que en los municipios de Garzon, Pitalito y la Plata no se presentó ninguna situación relacionada; Agradezco el apoyo y valiosa colaboración y quedo al tanto de cualquier orientación.

Cordialmente,

Yudy Alejandra Barragan Cleves
Coordinadora Modalidad Hogar Sustituto
[El texto citado está oculto]

Certificacion reporte daño antijuridico.pdf
257K

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

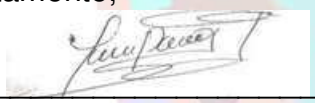
LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, cuenta con un cronograma de semana de fortalecimiento familiar a las madres sustitutas el cual fue construido y enviado a las supervisoras del contrato al inicio del mismo.

Neiva, 05 de julio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, realizo acciones a fin de realizar la vinculación de los usuarios de la modalidad Hogar sustituto en actividades culturales, recreativas y deportivas, acorde con sus intereses, curso de vida, condición particular y características de desarrollo y dar cumplimiento con lo establecido en el manual operativo de la modalidad en cuanto a la realización de actividades recreativas.

Se expide en Neiva el día 05 de julio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 19	
Hora: *8:3O AM a 9:00 PM*	**Fecha:** *20 – 21 DE JUNIO DEL 2024*
Lugar:	*SEDE ADMINISTRATIVA MODALIDAD HOGAR SUSTITUTA GARZON*
Dependencia que Convoca:	*EQUIPO INTERDICIPLINARIO FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO*
Proceso:	*ENCUENTRO FORMATIVO SENTIMIENTO Y EMOCIONES FAMILIAS BIOLOGICAS Y RED VINCULAR*
Objetivo:	*FOMENTAR LA PARTICIPACION DE LAS FAMILIAS BIOLOGICAS Y REDES VINCULARES DE LOS PROCESOS PARD EN PRO DE IDENTIFICAR LOS SENTIMIENTOS Y LAS EMOCIONES.*

Agenda:

- Saludo.
- Sentimientos y emociones.
- Cierre.
- Decisiones.

Desarrollo:

En la formación del día 20 y 21 de junio de 2024 en la jornada de 8:30 am, con un afectuoso saludo de bienvenida, se agradeció la participación a cada una de las personas vinculadas a los procesos PARD.

De acuerdo a nuestro cronograma de actividades se dio inicio con la formación.

Por medio de un folleto se da a conocer a los participantes la importancia del sentimiento y las emociones en nuestra red familiar y vincular.

Las emociones y los sentimientos nos hacen únicos, humanos. Los dos conceptos incluyen cambios corporales, como cuando estás nervioso y te sudan las manos o te duele la tripa. Nos hacen cambiar las percepciones de nuestro entorno o incluso de nosotros mismos.

¿Qué son las emociones?

Primero de todo, debemos entender los dos conceptos por separado para encontrar similitudes y diferencias. Una emoción no es nada más que cambios y respuestas neuroquímicas y hormonales que se generan para reaccionar de un cierto modo ante un estímulo externo. Las emociones son clave para nuestra supervivencia y se han desarrollado a través de la evolución del ser humano.

Powered by CamScanner



Cierre: Mediante un conversatorio se permitió que los participantes dieran sus opiniones frente a la formación dada.

Decisiones: *Contribuir con la garantía del derecho a la salud emocional de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, con el objetivo de brindar una familia y un hogar óptimo.*

Powered by CamScanner

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS









Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Fortalecer en el hogar la gestión de emociones y sentimientos.	Red vincular – familia Biológica	Permanente
Promover el cuidado de la Salud mental.	Red vincular – familia Biológica	Permanente

Powered by CamScanner

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Johan Herminso Guillen	Hermano	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Johan Guillen
Angie Perez	mama	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Carmen Helena Muñoz	Madre	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Carmen Elena
Yuri Alejandra	madre	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Alejandra.
marly Galindo Gordillo	mama	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	marly Galindo
Yeimy Andrea Galindo	Tia	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Yeimy Galindo
Viviana Catalina Galindo G.	Tia	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Catalina Galindo
Leidy Yohana Pizo	Mamá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Leidy Yohana.
Diego Cuellar T.	Papá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Diego Cuellar
Elcy Rojas	mamá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Elcy Rojas
Luz Piedad.	Mamá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Luz Piedad
Omar Cifuentes	Tio	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Omar Cifuentes
Leonilde Cifuentes	mamá	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	Leonilde Cifuentes
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	N/A	N/A	N/A
Colaborador que elabora el acta:	JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ – GESTORA DE CASO		

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

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°		
Hora: 9:00 AM	**Fecha:** 25 de junio del 2024.	
Lugar:	Redes sociales (Facebook de la Plata Huila, WhatsApp, Instagram)	
Dependencia que Convoca:	Fundación Yo Te Cuido	
Proceso:	Misional – Protección – Restablecimiento de derechos	
Objetivo:	Convocatoria de vinculación de madres sustitutas (Divulgación)	

Agenda:

Publicación en las redes sociales de la Plata Huila el poster de convocatoria de vinculación de madres sustitutas.

Desarrollo:

Se realiza publicación del poster informativo de la vacante de familias sustitutas para la fundación social yo te cuido. Lo anterior se realiza a través de las redes de la alcaldía municipal de la Plata Huila, y de las redes personales de el equipo psicosocial.

Anexo fotográfico

¡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.


Mi estado
FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO
LA PLATA HUILA
BUSCA
MADRES SUSTITUTAS
para formar parte
de nuestro equipo.
Requisitos
¿Qué requisitos debe cumplir la persona interesada en ser padre/madre sustituta?
• Tener entre 23 y 55 años.
• Tener un grado de escolaridad de, mínimo, noveno grado.
• Demostrar ingresos económicos verificables de mínimo 1 SMLMV o 2 SMLMV según el número de miembros del hogar.
Mayor información a:
coordinadorzona1@fundacionyotecuido.com
+57 3147846983 Fabian Lamilla Coordinador
+57 3124564343 Equipo psicosocial la Plata
@fundacionsocialyotecuido


4:14 PM
Hace un momento
FUNDACIÓN SOCIAL
YO TE CUIDO
LA PLATA HUILA
BUSCA
MADRES SUSTITUTAS
para formar parte
de nuestro equipo.
Requisitos
¿Qué requisitos debe cumplir la persona interesada en ser padre/madre sustituta?
• Tener entre 23 y 55 años.
• Tener un grado de escolaridad de, mínimo, noveno grado.
• Demostrar ingresos económicos verificables de mínimo 1 SMLMV o 2 SMLMV según el número de miembros del hogar.
Mayor información a:
coordinadorzona1@fundacionyotecuido.com
+57 3147846983 Fabian Lamilla Coordinador
+57 3124564343 Equipo psicosocial la Plata
@fundacionsocialyotecuido
Aún nadie la vio
Agregar nueva
Destacada

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de juni del año 2024, se realizo actualización de todas las bases de datos de los hogares sustitutos ubicados en los centros zonales de los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata, de acuerdo con las directrices establecidas en el manual operativo de la modalidad.

Se expide en Neiva el día 06 de julio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de julio del año 2024, U H D O L] R D F W L Y L G D G H I R U W D O H F L P L H Q W R I D P L O L D U F R Q O D V P D G U H V V X V W L W X O D D W H Q F L R Q H I H F W L Y D H Q V L V W X D F L R Q H V G H F U L V L V F R Q W L Q X D F L R Q

* D U] R Q G H M X O L R G H O
3 L W D O L W R G H M X O L R G H O
/ D 3 O D W D G H M X O L R G H O

Neiva, 05 de agosto del año 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° *5*	
Hora: *04:00 PM*	**Fecha:** *21 de junio del 2024*
Lugar:	*Fundación social yo te cuido*
Dependencia que Convoca:	*Equipo psicosocial- Gestora de caso*
Proceso:	*La salud en la familia "alteraciones alimentarias"*
Objetivo:	Conocer la importancia de una alimentación adecuada para los usuarios y la familia, disminuyendo la posibilidad de tener enfermedades graves por una mala alimentación.

Agenda:

-Saludo y bienvenida a las familias biológicas.

-Socialización del tema a tratar y el objetivo de la capacitación

-Realización de actividad rompe hielo

-Desarrollo de la temática a través de una presentación en power point.

-Conclusiones de la reunión

-Participación por parte de las familias en cuanto a dudas y demás temas que deseen aportar.

-Compromisos por parte de las familias biológicas con lo aprendido el día de hoy.

Desarrollo: La gestora de caso inicia con una actividad rompe hielo, donde se les pide a los participantes que nombren su comida favorita y explicar el por qué, en esta actividad varias personas participaron nombrando la pizza, arroz con pollo, hamburguesa, espagueti y demás comidas y explicaban algunas personas que era su comida favorita porque se la preparaba la madre, otros que porque la habían probado y les había encantado. Luego de esto la gestora de caso realiza otra pregunta sobre, ¿si alguna vez en su vida se han sentido inconformes con su cuerpo y han querido modificarlo?. Varías mujeres responden que si en algún momento se han sentido de esa forma, pero que no han realizado ninguna alteración.

A través de la anterior dinámica se inicia la formación de los cuidados alimenticios y la buena alimentación, la gestora de caso presenta los principales trastornos alimenticios que existen y sus consecuencias y riesgos en salud, sus alteraciones corporales y cognitivas, también presenta las causas de estos trastornos. Se indica que cuando los niños, niñas y adolescentes están en proceso de desarrollo y crecimiento es importante que la alimentación sea nutritiva, con granos, proteínas, grasas naturales y bajo dulce, para evitar problemas de salud en el futuro, como la diabetes, la obesidad, el colesterol y demás enfermedades derivadas de la mala alimentación.

¡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.

La gestora de caso pregunta a las familias biológicas que si comprenden lo delicado que es la mala alimentación del núcleo familiar, lo cual las familias responden de forma participativa:

Algunas familias participan mencionando que su alimentación es prioritaria en el hogar y que es balanceada, porque han tenido familiares que han muerto por la mala alimentación en el trascurso de su vida, por lo tanto esto ha generado conciencia en ellos y practican ese cuidado a diario.

Por otra parte, otra familia menciona que la alimentación debe ser fundamental para los niños, niñas y adolescentes que están en proceso de desarrollo y crecimiento. Luego una madre biológica felicita al equipo psicosocial por las capacitaciones que brindan a las familias biológicas, ya que son de gran ayuda para ellos.

Decisiones: *En conclusión varias familias se comprometen a mejorar en la crianza alimenticia y a ser mas conscientes de lo que comen.*

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Brindar una alimentación adecuada para los niños, niñas y adolescentes del hogar.	Familias biológicas	Durante el cuidado de su familia.

Evidencia Fotográfica







¡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.

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
María Cecilia Lozano	mamá	Yo te cuido	María
Santiago Arenas	Papá	Yo te cuido	Santiago
Gustavo Rodríguez	Papá	Yo te cuido	Gustavo
Pablo Ortiz Pisa	Papá	Yo te cuido	
Yannetth Hoyos Anaya	madrastra	Yo te cuido	
Nancy Contreras	Madre	Yo te cuido	
Liliana Rivera Sanchez.	madre	Yo te cuido	Liliana Rivera S.
Nelson Andres otalora A.	padre	Yo te cuido	
Daniela Medina Gutiérrez	Hermana	Yo te Cuido	

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
Colaborador que elabora el acta:			

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

F8.P1.MI	25/01/2024
Version 0	Pagina 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD: La Salud en la Familia "Alteraciones alimentarias" FECHA 27 de junio del 2024

HORA INICIAL: 04:00 PM HORA FINAL: 05:00PM. LUGAR Fundación Yo te Cuido

DEPENDENCIA LIDER: Gestora de Caso.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN		TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA	
							PLANTA	CONTRATO			AM	PM
1	María escoba	1061772361	madre	Yo te cuido					3033700330			María escoba
2	SANTIAGO MUÑOZ	1061772116	PADRE	Yo te cuido					3232807368			SANTIAGO MUÑOZ
3	Gustavo Rodas	7724122	padre	yo te cuido					3213276824			Gustavo
4	Daniela Medina C	1081421124	Hermana	Yo te Cuido					3205049272			Daniela
5	Aceneth Gutierrez G.	52471346	Mamá	Yo te Cuido					3102498586			Aceneth G.
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°05		
Hora: 8:00 AM Y 2:00 PM		**Fecha: 14 Y 17 /06/2024**
Lugar:	**Carrera 1B # 13ª-16 B/ Los Andes Pitalito Huila –sede Fundación social "Yo te cuido".**	
Dependencia que Convoca:	**GESTOR DE CASO- EQUIPO INTERDISCIPLINARIO**	
Proceso:	**MISIONAL –PROTECCION- RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS**	
Objetivo:	**Apoyar espacios claves en los encuentros biológicos con el fin de que las familias apropien replique en sus vidas.**	

Agenda:

1- SALUDO Y BIENVENIDA

2- DESARROLLO –METODOLOGIA

3- COMPROMISOS-SUGERENCIAS Y CIERRE

1. Saludo

Siendo las 8:00 am se dio inicio al encuentro biológico con familias padres, madres y cuidadores de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes vinculados a la modalidad de Hogar Sustituto, se extiende un cordial saludo y caluroso por parte del equipo psicosocial de la Fundación Social Yo Te Cuido y en nombre del ICBF.

2. Desarrollo

A continuación, se les da a conocer el tema de ***La salud en la familia "Alteraciones alimentarias"*** la cual es relevante se orientó la actividad "pato, pato GANZO" esta consistió en rotar una pelota, cada vez que la psicóloga manifestara la palabra (pato) y cuando terminara con la palabra (Ganso) la persona que le corresponda la pelota Respondería, "porque es importante alimentarnos bien en familia" que la dinámica fue activa y se lograron resultados como:

-Cuidar nuestros hijos

-Nuestra familia y salud

-Alargar los años estando bien todo en el hogar.

PUBLICA

La parte central se trabajó la importancia de tener una alimentación saludable, esta se realizó ofreciendo una fruta con una tarjeta en salud mental a los participantes, Se compartió la importancia de una alimentación saludable, se trata de comer sano, las dietas ricas en alimentos desde el consumo de frutas, verduras ayuda al equilibrio emocional. La invitación a incluirlas diariamente en las comidas como mayor nutrición buscar tener beneficios en la física como mental.

Se complementó el espacio con "Frases sobre salud y bienestar"

Vivir bien y, de hecho, cada vez mejor, es el pilar en el que se sustenta el bienestar de las personas.

- El ejercicio es clave para la salud física y de la mente-Nelson Mandela, político.
- Saber comer es saber vivir-Confucio, filósofo.
- Nuestros cuerpos son nuestros jardines; nuestras decisiones, nuestros jardineros- William Shakespeare, escritor.
- Que la comida sea tu alimento, y tu alimento tu medicina-Hipócrates, médico.

3. Compromisos.

- Queda como compromiso la importancia de que las familias madres y/o cuidadores logren expresar sus propios sentimientos y pensamientos de manera clara y respetuosa, y animarlos a que hagan lo mismo.
- Trabajar la alimentación saludable con los hijos como eje de cuidado familiar

Asistir de manera oportuna y puntual a los encuentros biológicos del mes de julio.

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas
Asistir oportunamente a los encuentros biológicos programados y debidamente autorizados por la autoridad administrativa.	**Red vincular**	**Vigencia 2024**

PÚBLICA

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

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
LINA MARIA SUAREZ LLANOS	PSICOLOGA.-GESTOR DE CASO	YO TE CUIDO	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	POR CONFIRMAR	POR CONFIRMAR	POR CONFIRMAR

REGISTRO FOTOGRAFICO

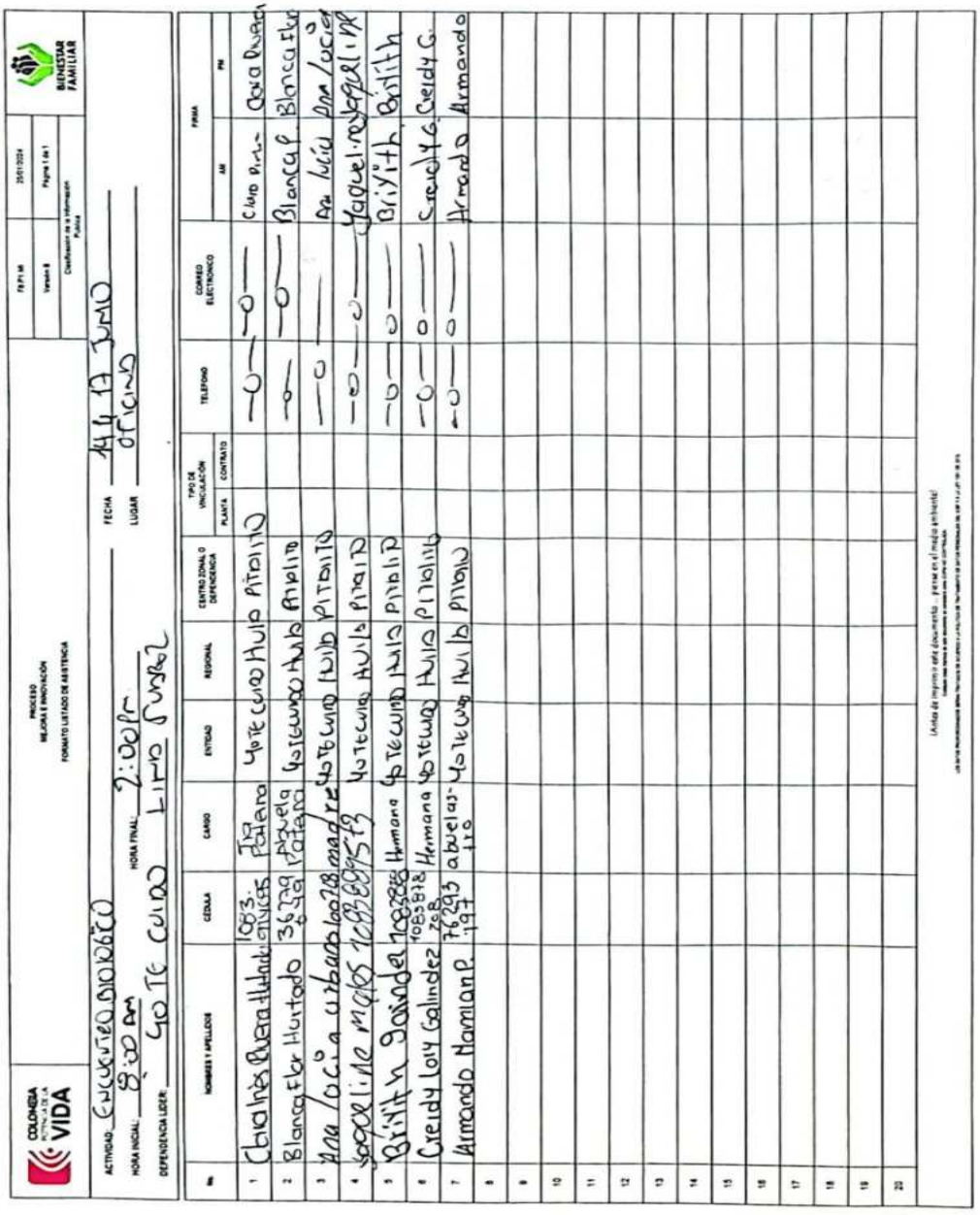






LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

LISTADO DE ASISTENCIA



Escaneado con CamScanner

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, realizo acciones para que la familia o red vincular de apoyo de los niños, niñas y adolescentes, participaran en el proceso de atención, acorde con lo establecido en los documentos técnicos del ICBF, herramientas del monitoreo del proceso de atención y adecuando el cronograma de visitas de acuerdo con los tiempos disponibles de las familias:

1. Encuentros biológicos
2. Talleres de fortalecimiento a las familias

Neiva – 05 de julio del 2024

Atentamente,



_____ _____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, el talento humano vinculado a la modalidad de acogimiento familiar Hogar Sustituto - elaboro e implemento un cronograma mensual de actividades teniendo en cuenta el enfoque diferencial y particularidades de los beneficiarios ubicados, acorde con el proceso de atención establecido en el lineamiento técnico del modelo, lineamiento de discapacidad y Manual Operativo de la modalidad Hogar sustituto en cual se desarrollo en los municipios de Garzon, Pitalito y la Plata.

Neiva, 05 de julio del año 2024

Atentamente,

_____ _____

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 17	
Hora: *2:OO AM a 3:00 PM*	**Fecha:** *17 DE JUNIO DEL 2024*
Lugar:	*SEDE ADMINISTRATIVA MODALIDAD HOGAR SUSTITUTA GARZON*
Dependencia que Convoca:	*EQUIPO INTERDICIPLINARIO FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO*
Proceso:	*ENCUENTRO FORMATIVO HACIA CÓMO GESTIONAR EL DIAGNÓSTICO MÉDICO PARA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y SU RESPECTIVO TRATAMIENTO, DIRIGIDO A FAMILIAS SUSTITUTAS.*
Objetivo:	*FORMAR E INFORMAR EL PROCESO DE COMO GESTIONAR EL DIAGNOSTICO MEDICO PARA LA POBLACION CON DISCAPACIDAD Y SU RESPECTIVO TRATAMIENTO, DONDE LAS FAMILIAS SUSTITUTAS CUENTEN CON LAS HERRAMIENTAS PARA DAR OPORTUNOS PROCEDIMIENTOS A LOS MISMOS.*

Agenda:

- Saludo.
- Actividad Rompe Hielo, "ME CUIDAS, TE CUIDO".
- Gestión del Diagnostico Medico.
- Cierre.
- Decisiones.

Desarrollo:

En la formación del día 17 de junio de 2024 en la jornada de 2:00 pm, con un afectuoso saludo de bienvenida, se agradeció la participación a cada una de las madres Sustitutas.

De acuerdo a nuestro cronograma de actividades se dio inicio con la formación.

Por medio de la actividad Me cuidas, Te Cuido, la cual consistió en decir una palabra que inicie con la vocal A y con la terminación de la letra decir otra palabra, dando continuidad con la letra final de cada palabra, esta con la finalidad de fortalecer la memoria.

Se dio continuidad con la temática propuesta en la agenda establecida.

Powered by CamScanner

Gestionar el diagnóstico médico y el tratamiento adecuado para la población con discapacidad implica seguir un proceso organizado y sensible, guía general sobre cómo formar e informar este proceso:

Evaluación y Diagnóstico

Evaluación Inicial: Identificar signos y síntomas que puedan indicar una discapacidad. Esto puede incluir evaluaciones físicas, psicológicas y de desarrollo según sea necesario.

Derivación a Especialistas: Referir a especialistas médicos pertinentes (neurólogos, pediatras, psiquiatras, entre otros) para evaluaciones más detalladas y diagnósticos específicos.

Pruebas Diagnósticas: Realizar pruebas médicas y evaluaciones complementarias según las indicaciones del especialista para confirmar el diagnóstico.

Comunicación y Apoyo a la Familia: Informar a la familia sustituta sobre el proceso de evaluación, los resultados preliminares y las próximas etapas.

Planificación del Tratamiento

Desarrollo del Plan de Tratamiento: Elaborar un plan integral de atención médica y terapéutica basado en el diagnóstico. Esto puede incluir terapias físicas, ocupacionales, del habla, entre otras.

Educación y Capacitación: Capacitar a la familia sustituta en las necesidades específicas del niño con discapacidad, incluyendo cuidados médicos, terapias recomendadas y manejo de emergencias.

Acceso a Recursos: Facilitar información sobre recursos comunitarios y apoyo adicional disponible para familias con niños con discapacidad.

Implementación y Seguimiento

Inicio del Tratamiento: Iniciar las intervenciones terapéuticas y médicas según el plan establecido, asegurando la adherencia y ajustes necesarios según la evolución del niño.

Seguimiento Continuo: Realizar seguimientos regulares para monitorear el progreso del niño, ajustar el tratamiento según sea necesario y proporcionar apoyo emocional a la familia.

Coordinación de Cuidados: Garantizar la comunicación efectiva entre todos los proveedores de atención médica y terapéutica involucrados, incluyendo médicos, terapeutas, y personal de apoyo.

Apoyo Continuo y Educación Familiar

Apoyo Emocional y Educativo: Brindar apoyo continuo a la familia sustituta para ayudarles a manejar los desafíos emocionales y educativos asociados con la discapacidad del niño.

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

Powered by CamScanner

Formación Permanente: Proporcionar oportunidades de formación continua para la familia sustituta sobre el manejo de la discapacidad y las mejores prácticas de cuidado.

Promoción de la Autonomía: Fomentar la independencia del niño dentro de sus capacidades, apoyando su desarrollo personal y social.

Recomendaciones Finales

Comunicación Abierta: Mantener una comunicación abierta y honesta con la familia sustituta durante todo el proceso.

Trabajo en Equipo: Fomentar el trabajo en equipo entre profesionales de la salud, educadores y la familia sustituta para optimizar el cuidado del niño.

Adaptabilidad: Ser flexible y adaptable a las necesidades cambiantes del niño y su familia sustituta a lo largo del tiempo.

Se dio a conocer que, al seguir este proceso estructurado y centrado en el niño, se puede garantizar que las familias sustitutas cuenten con las herramientas y el apoyo necesarios para proporcionar los cuidados y tratamientos oportunos y efectivos a niños con discapacidad, promoviendo así su bienestar integral.

Ruta para niñas, niños, adolescentes y jóvenes que se encuentran en proceso administrativo de restablecimiento de derechos

El Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF– iniciaron en 2018 un trabajo articulado para construir una ruta de atención integral en salud para niños, niñas, adolescentes y jóvenes –NNAJ– en condición de discapacidad bajo protección del Estado y con procesos administrativos de restablecimiento de derechos –PARD–. Los objetivos de esta estrategia se enfocan en responder a una disposición de la Procuraduría General de la Nación –PGN– para generar acciones tendientes a eliminar las barreras en el acceso al servicio, garantizando la oportunidad, pertinencia y calidad y el goce efectivo del derecho a la salud y, por otro lado, fortalecer los espacios intersectoriales y la oferta en salud en los territorios para este segmento poblacional.

Cierre: Con la actividad la piedra en el zapato se logró que las madres sustitutas tomen conciencia de la importancia de tener compromiso con los usuarios de la Modalidad Hogar Sustituto.

Decisiones: *Contribuir con la garantía del derecho a la salud para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes independiente de su condición medica.*

Powered by CamScanner

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Garantizar el derecho a la Salud de los NNA.	Madres sustitutas y operador Fundación Social yo te Cuido	Permanente
Gestionar los procesos para Garantizar el derecho a la Salud.	Madres sustitutas y operador Fundación Social yo te Cuido	Permanente

Powered by CamScanner

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Alexis Valencia C.	Madre sustituta	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Clara Inés Rojas	M. Sustituta	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Rosa Tenorio Castillo	M.S.	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Mayerlin Almanza C.	M.S.	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Marleny Fragoso	M.S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Olga Lucia	M S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Eduviges Gonzalez M	M.S.	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Sandra M. Calderón	M.S.	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Vicenta Cortes	M S.	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
JESSICA LORENA GARZON	GESTORA DE CASO	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	N/A	N/A	N/A
Colaborador que elabora el acta:	JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ – GESTORA DE CASO		

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° *5*	
Hora: *03:00 PM*	**Fecha:** *24 de junio del 2024*
Lugar:	*Fundación social yo te cuido*
Dependencia que Convoca:	*Equipo psicosocial- Gestora de caso.*
Proceso:	*En encuentro formativo hacia como gestionar el diagnostico medico para población con discapacidad y su respectivo tratamiento.*
Objetivo:	*Conocer el proceso y el paso a seguir que se realiza para obtener el diagnostico medico para la población con discapacidad y su respectivo tratamiento, dirigido a las madres sustitutas de la fundación.*

Agenda:

-Saludo a las madres sustitutas

-Socialización del tema a tratar y el objetivo de la capacitación

-Realización de actividad rompe hielo

-Desarrollo de la temática a través de láminas e infografías informativas.

-Conclusiones de la reunión

-Participación de las madres en cuanto a dudas y demás que deseen aportar.

-Compromisos por parte de las madres sustitutas con lo aprendido el día de hoy.

Desarrollo: *La gestora de caso realiza la bienvenida y el saludo, dando apertura a la hora formativa, iniciando con una actividad rompe hielo, la cual se trata de que las participantes cuenten de forma lúdica a través de una poesía, canto o de forma artística, cuales creen que es el proceso de solicitud de el diagnostico de discapacidad. Algunas madres sustitutas realizan esta actividad de forma cantada, otras deslizan dibujos y otras solo lo socializan, sin embargo, todas las madres coincidieron en que tenían la información incompleta o no conocían el proceso, ni los documentos que se necesitan para solicitar este certificado y su debido tratamiento.*

Por lo que la gestora de caso da inicio con la formación, utilizando material de apoyo como las infografías brindadas por la alcaldía municipal de la Plata Huila, donde indica la ruta y el paso a seguir para solicitarlo, también indica el lugar donde se tiene que solicitar.

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





Luego se realiza capacitación de solicitud de citas con especialidades a través de los correos de las diferentes EPS del municipio de la Plata, teniendo en cuenta la afiliación a la que esta suscrita el usuario, una vez se realice la solicitud por medio de correo electrónico y no se obtiene respuesta se les brinda una nueva herramienta la cual permite que las citas con especialidades y demás que necesiten en cuanto a salud se pueden apoyar de la super intendencia de salud a través de los PQR, es aquí donde la gestora de caso enseña como buscar la página con ayuda de un computador va instruyendo el paso a seguir y lo que se debe escribir en cada casilla, primero se le informa que se deben llenar todas las casilla con la información del usuario, luego deben escribir la situación presentada, aclarando que se ha realizado la gestión con la EPS de manera directa y a través de correo y no se ha logrado obtener respuesta por lo tanto se recurre a este medio. Por último, deben anexar historia clínica y orden si es necesario, validar el capchat y enviar. Se les indica el tiempo máximo que tiene la super intendencia de salud para dar respuesta que es 8 días hábiles.



Decisiones: *En conclusión las madres sustitutas agradecen por esta información, ya que muchas de ellas no conocían ese proceso porque no han tenido que solicitar el certificado de discapacidad, sin embargo, mencionan que estas capacitaciones ayudan a fortalecer y a preparase para cualquier situación en caso de necesitarlas.*

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas

Practicar el uso de la pagina de la súper intendencia de salud	Madres sustitutas	Durante la prestación de sus servicios.

Evidencia fotográfica





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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

F0.P1.MI	25/01/2024
Version 8	Pagina 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD: Formación sobre como gestionar el diagnostico medico para discapacidad FECHA 24 de Junio del 2024

HORA INICIAL: 03:00 PM HORA FINAL: 04:00 PM LUGAR Fundacion social Yo fecundo

DEPENDENCIA LIDER: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN		TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA	
							PLANTA	CONTRATO			AM	PM
1	Dayana Catalina Diaz R	1.061720861	M.S	Yo fecundo	Huila	huila			3144857555	Dayanadiaz0221		✓
2	Leidy C. Gomez.	1117529450	M.S	Yo fecundo	Huila	Huila.			3138861014	leidyamor1993		
3	Francy Prieto	25464874	MS	Yo fecundo	Huila	Huila			3222689309			X
4	Olga. B Solórzano	36.381.366	M.S.	Yo f. cundo	Huila	Capital			3115996113	olgasolorzano.s-i2@yahoo.com		X.
5	ANA MILENA VALENCIA	29122846	MS	Yo fecundo	Huila	Huila			3132626213	amvalencia1@hotmail.com		X
6	Disney Garay	36.382703	MS fac.	yo fecundo	Huila	La plata			3106284835	disneygarcera2017@hotmail.		X
7	Elva Polo S	36380913	MS	Yo fecundo	Huila	Suplente			3112281444	[illegible]		✓
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
ANA MILENA VALENCIA	Madre sustituta	F. Yo te cuido	[illegible]
leidy Constanza Gomes	M. Sustituta.	f. Yo te cuido	leidy Gomez
Dayana Caterin Diaz	M. sustituta	f. Yo te cuido	Dayana Diaz
Francy Nieto	M. Sust	F Yo te cuido	Francy
Disney García G.	M sustituta	Yo te cuido	Disney G.
[illegible]	M Sust	Yo te cuido	[illegible]
Olga B Solórzano C.	M. sustituta	Yo te cuido	[illegible]

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
Colaborador que elabora el acta:			

PÚBLICA

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°07	
Hora: 4:00 PM	**Fecha:** 12/06/2024
Lugar:	Sede Administrativa Fundación Social Yo Te Cuido Sede PITALITO
Dependencia que Convoca:	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO
Proceso:	MISIONAL –PROTECCION- RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS
Objetivo:	Encuentro formativo hacia cómo gestionar el diagnóstico médico para población con discapacidad y su respectivo tratamiento, dirigido a familias sustitutas.

Agenda:

1- SALUDO Y BIENVENIDA

2- DESARROLLO –METODOLOGIA

3- COMPROMISOS-SUGERENCIAS Y CIERRE

Desarrollo:

Para el día 12 de JUNIO del 2024 siendo las 4:00 pm en las instalaciones de la fundación social “YO TE CUIDO” Sede Pitalito, la gestora de caso Lina María Suarez llanos junto al equipo interdisciplinario, convoco a todas las madres sustitutas de la modalidad, con el fin de cualificar y reforzar la temática basada en la atención a las niñas, niños y adolescentes.

En este espacio se realizó el juego “conozcámonos” este consistió en decir el nombre de la persona de lado y desde su perspectiva inicial ver que es lo que más resalta “valores, impresión”.

Para este momento se realiza psico-orientacion resaltando el espacio donde las personas de quienes son nuestros usuarios, fomentan la inclusión de familiares y amigos de las personas afectadas por enfermedades o problemas. De la misma manera, como madres sustitutas con la única finalidad de brindar apoyo dentro de estrategias claves que a veces se desconocen, con el fin de ofrecer afrontamiento, proporcionar mayor sensación de control, aumentar de la autoestima y el estado de ánimo positivo.

PUBLICA

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

Se recordó cual es ***la ruta Procedimiento de Certificación de Discapacidad***

La población del país por autorreconocimiento, acceder a una valoración clínica multidisciplinaria para identificar su discapacidad. Los equipos multidisciplinarios conformados por profesionales de la salud y del área social realizan esta valoración en Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud –IPS– autorizadas por las Secretarías de Salud Departamentales o Distritales.

Durante la valoración multidisciplinaria se evalúan 3 componentes:

- Identificar el déficit en la estructura corporal
- Identificar limitaciones en las actividades
- Identificar restricciones en la participación

Se realiza un perfil completo de la discapacidad, con base en una herramienta técnica desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS): Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Al finalizar la valoración se entrega a la persona con discapacidad el documento certificado de discapacidad y se registra la información en el aplicativo del Ministerio de Salud, denominado Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD).

Se presentó video "Cuerdas", Cortometraje completo para reflexionar sobre la temática link : https://www.youtube.com/watch?v=4INwx_tmTKw&t=30s

Se resaltó la empatía el amor por el otro y conocer l relación con nuestros usuarios con condiciones especiales y aplicarlas. se dio las gracias y se despide de cada una de las persona

COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA
Asistir a todos los espacios de formación que se indique para fortalecer los conocimientos.	**Madres sustitutas**	**Vigencia 2024**
FIRMA ASISTENTES		
Cargo / Dependencia	**Entidad**	**Firma**

PUBLICA

Psicóloga – Gestora de caso	YO TE CUIDO	
Fecha	**Hora**	**Lugar**
Julio 2024	Pendiente por definir	Fundación Yo te Cuido

Evidencias fotográficas



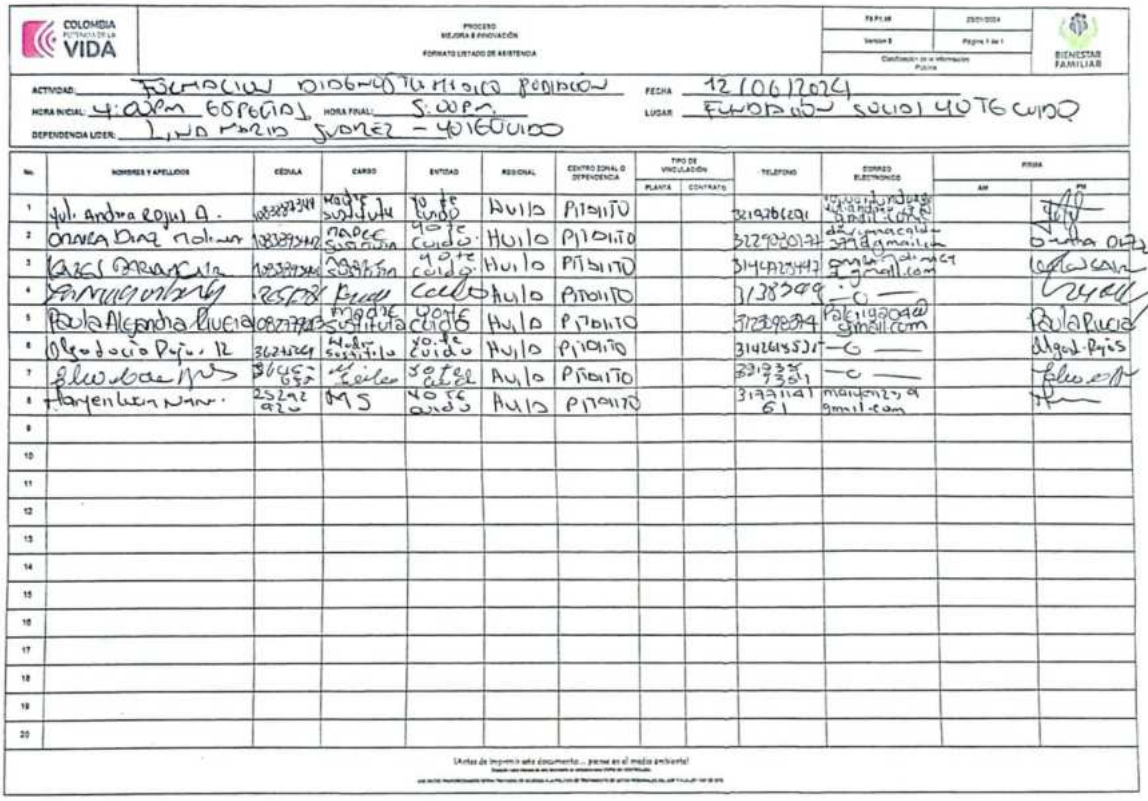






LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

REGISTRO FOTOGRAFICO



ACTIVIDAD: FORMACION DIRIGIDA A MADRES COMUNITARIAS FECHA 12/06/2024
HORA INICIAL: 4:00pm ESPECIAL HORA FINAL: 5:00pm LUGAR: FUNDACION SOLIDARIO TEGUIDO
DEPENDENCIA LIDER: LINA MARIA SUAREZ - SOLIDARIO TEGUIDO

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN PLANTA	TIPO DE VINCULACIÓN CONTRATO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA AM	FIRMA PM
1	Yuli Andrea Rojas A.		Madre sustituta	Solidario Teguido	Huila	Pitalito			3219761691			
2	Diana Diaz Molano		Madre Sustituta	Solidario Teguido	Huila	Pitalito			3229030171			
3	Karen Ordoñez		Madre Sustituta	Solidario Teguido	Huila	Pitalito			3146429447			
4	[illegible]		Madre	Cuido	Huila	Pitalito			3138599	-0		
5	Paula Alejandra Rivera		Madre sustituta	Cuido	Huila	Pitalito			3128990894			Paula Rivera
6	Olga Lucia Pajoy. 12	36247264	Madre sustituta	Solidario Teguido	Huila	Pitalito			3142645517	-0		Olga Lucia Pajoy
7	[illegible]	36465652	[illegible]	Solidario Teguido	Huila	Pitalito			3139357301	-0		
8	Hayenlein Nav.	25292 azu	MS	Solidario Teguido	Huila	Pitalito			3172711416 1	marlenz29@gmail.com		
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

¡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.

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, se brindo orientaciones a las madres y padres sustitutos frente cómo gestionar el diagnóstico médico para población con discapacidad y su respectivo tratamiento, dirigido a familias sustitutas.

Se expide en Neiva el día 05 de julio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, no se presentan situaciones de riesgo al interior de las unidades de servicio de la modalidad hogar sustituto ubicadas en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata; por lo anterior, se remire certificación emitida por la representante legal donde consta dicha situación.

Así mismo, nos comprometemos a realizar el reporte de manera oportuna de dicha situación en caso de que se presente alguna novedad al interior de las unidades de servicio.

Se expide en Neiva el día 05 de julio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Gmail **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com>**

Reporte eventos daño Antijuridico mes de junio del 2024

2 mensajes

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com> 4 de julio de 2024, 15:32
Para: Irma.almario@icbf.gov.co, claudia.vidal@icbf.gov.co, Leidy.Sanchez@icbf.gov.co
Cc: Yuly.Montealegre@icbf.gov.co

Cordial saludo estimadas supervisoras del contrato

De manera comedida me permito enviar adjunto certificación de daño antijurídico para el mes de junio del año 2024, en la cual se reporta que en los municipios de Garzon, Pitalito y la Plata no se presentó ninguna situación relacionada; s Agradezco el apoyo y valiosa colaboración y quedo al tanto de cualquier orientación.

Cordialmente,

Yudy Alejandra Barragan Cleves
Coordinadora Modalidad Hogar Sustituto

Certificacion reporte daño antijuridico.pdf
257K

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com> 4 de julio de 2024, 15:45
Para: "yulymontealegrezanabria@gmail.com" <yulymontealegrezanabria@gmail.com>, yuly.montealegre@icbf.gov.co

Cordial saludo

De manera comedida me permito enviar adjunto certificación de daño antijurídico para el mes de junio del año 2024, en la cual se reporta que en los municipios de Garzon, Pitalito y la Plata no se presentó ninguna situación relacionada; Agradezco el apoyo y valiosa colaboración y quedo al tanto de cualquier orientación.

Cordialmente,

Yudy Alejandra Barragan Cleves
Coordinadora Modalidad Hogar Sustituto
[El texto citado está oculto]

Certificacion reporte daño antijuridico.pdf
257K

RE: Plan de accion daño Antijurídico Fundacion Social Yo Te Cuido

De Yuly Paola Montealegre Zanabria <Yuly.Montealegre@icbf.gov.co>
Para hogarsustituto@fundacionyotecuido.com <hogarsustituto@fundacionyotecuido.com>
Fecha 2024-05-02 14:49

Buenas tardes,

Una vez revisados los ajustes, se emite concepto de aprobación del Plan de Prevención de Daño Antijurídico.

Es necesario documentar el cumplimiento de las acciones aquí contempladas, a fin de dar cuenta del cumplimiento del cronograma.

Cordial saludo,

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Yuly Paola Montealegre Zanabria
Contratista
Grupo de Asistencia Técnica
ICBF Sede Regional Huila
Calle 21 No 1E-40
Teléfono: 608 8604700 Ext. 838021
www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: hogarsustituto@fundacionyotecuido.com <hogarsustituto@fundacionyotecuido.com>
Enviado: jueves, 2 de mayo de 2024 13:33
Para: Yuly Paola Montealegre Zanabria <Yuly.Montealegre@icbf.gov.co>
Asunto: Re: Plan de accion daño Antijurídico Fundacion Social Yo Te Cuido

El 2024-04-26 09:03, Yuly Paola Montealegre Zanabria escribió:

> Cordial saludo doctora Yuly
>
> Adjunto envió plan de accion de daño Antijurídico en el cual tomamos en cuenta las orientaciones dadas en el correo que antecede
>
> Quedamos atentos ante cualquier orientación; agradecemos el apoyo y valiosa colaboración.
>
> YUDY ALEJANDRA BARRAGAN CLEVES
> COORDINADOR
> FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
>
> Muy buenos días Yudy,
>
> Una vez revisado el Plan es necesario realizar algunos ajustes relacionados con los eventos de reporte, dentro de los cuales Violencia Sexual, Fallecimiento, Conducta Suicida y Lesiones; el evento de riñas es un evento de seguimiento en SRPA y no aplica a las Modalidades de Restablecimiento de Derechos.
>
> A continuación relaciono algunas orientaciones Generales sobre los diferentes temas que pueden incluirse, así como las estrategias a emplear con el objetivo de fortalecer el Plan presentado:
> **Temas para fortalecer implementación de la política de prevención del daño antijuridico:**
>
> •Diferencia entre autolesión y conducta suicida
> Rutas de activación, acciones preventivas en el evento de conducta suicida, Violencia Sexual
> •Violencia sexual y conducta suicida.
> •Prevención de la conducta suicida, signos y síntomas.
> •Prevención y manejo de conductas que alteran la convivencia.
> •Responsabilidad contractual y extracontractual.
> •Con los usuario enfoque de derechos y mecanismos de participación.
> •Atención en crisis- manejo de ira- comunicación asertiva.
> •Contención en crisis
> •Fortalecimiento del Talento Humano y las Madres Sustitutos
> •Manejo conductual y emocional de los usuarios.

•Fortalecer los componentes contemplados en el Plan de Daño Antijurídico de acuerdo con las fechas especiales del año como por ejemplo el Día Mundial Contra la Prevención del Sida, Día Mundial de la Prevención del Suicidio, Semana de la Salud Mental, entre otras.
•Liderazgo, resolución de conflictos, conducta suicida, entre otros. Así como de estrategias y actividades lúdico-pedagógicas que fortalezcan habilidades para la vida, habilidades sociales, estrategias de afrontamiento, entre otros aspectos que favorecen el adecuado desarrollo y mejora en la convivencia entre los adolescentes y jóvenes.
Fortalecer el área de Salud Sexual y Reproductiva, principalmente en el autocuidado y respeto por el otro. •Fortalecer espacios de talleres y/o sesiones psicoeducativas de "cuidados al cuidador" para profesionales y Madres sustitutas.

Propuestas para fortalecer la implementación de la política de prevención del daño antijuridico

- Diseño de material pedagógico y bibliográfico de la PPDA.
- Uso de estrategias metodológicas, lúdicas, artísticas y participativas con los usuarios para prevenir la ocurrencia de los diferentes eventos
- Acompañamiento trimestral a lo reportado.
- Construcción de entornos protectores de salud mental.
- Concertación de cronograma del plan de acción
- Grupos de estudio sobre el Protocolo de intervención en crisis.
- Capacitación (no asistencia técnica) con profesionales especializados en los temas mencionados anteriormente

Quedo atenta a los ajustes para su aprobación.

Cordial saludo,

De: hogarsustituto@fundacionyotecuido.com <hogarsustituto@fundacionyotecuido.com>
Enviado: miércoles, 24 de abril de 2024 14:07
Para: Yuly Paola Montealegre Zanabria <Yuly.Montealegre@icbf.gov.co>
Asunto: Plan de accion daño Antijurídico Fundacion Social Yo Te Cuido

Cordial saludo doctora Yuly
De manera comedida me permito enviar adjunto plan de accion de daño antijuridico elaborado desde el equipo de la fundación, quedo al tanto de cualquier orientación al respecto.
Agradezco el apoyo y valiosa colaboración.
--
YUDY ALEJANDRA BARRAGAN CLEVES
COORDINADOR
FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO

--

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 21	
Hora: *CONSTANTE*	**Fecha:** *28 DE JUNIO 2024*
Lugar:	*SEDE ADMINISTRATIVA MODALIDAD HOGAR SUSTITUTA GARZON*
Dependencia que Convoca:	*EQUIPO INTERDICIPLINARIO FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO*
Proceso:	*DIVULGACION APERTURA HOGAR SUSTITUTO MUNICIPIO DE GARZON HUILA*
Objetivo:	*DIVULGAR POR MEDIOS TECNOLOGICOS LA APERTURA DE NUEVOS HOGARES SUSTITUTOS DEL MUNICIPIO DE GARZON.*

Agenda:

- Divulgar por medio de redes sociales apertura de hogar Sustituto en el Municipio de Garzón.
- Dar a Conocer Requisitos para las personas postulantes.

Desarrollo:

¿De qué se trata?

Esta es una modalidad en la que se desarrolla un proceso de atención interdisciplinario con el niño, niña o adolescente y su familia o red de apoyo para superar las situaciones de vulneración de derechos.

La atención para los niños, niñas y adolescentes se brinda las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana. Se proporciona la siguiente alimentación: desayuno, almuerzo, cena y dos (2) refrigerios. Se tiene como capacidad de atención por cada hogar sustituto entre uno (1) y tres (3) niños, niñas, adolescentes y en casos de hermanos hasta 5 niños, niñas, adolescentes.

Beneficia a:

Niños, niñas y adolescentes de cero (0) a dieciocho (18) años, huérfanos como consecuencia del conflicto armado.

Niños, niñas, adolescentes de cero (0) a dieciocho (18), con discapacidad.

Mayores de dieciocho (18) años con discapacidad, que al cumplir la mayoría de edad se encontraban con declaratoria de adaptabilidad.

Powered by CamScanner

Niños, niñas, adolescentes de cero (0) a dieciocho (18), víctimas de minas antipersona, municiones sin explotar y artefactos explosivos improvisados y niños, niñas y adolescentes víctimas de acciones bélicas y de atentados terroristas en el marco del conflicto armado.

Niños, niñas, adolescentes de cero (0) a dieciocho (18) años con enfermedad de cuidado especial

Hijos/as de adolescentes desvinculados.

Víctimas de reclutamiento ilícito, que se han desvinculado de grupos armados organizados al margen de la ley.

Durante el mes de junio e compartió por medio de WhatsApp la divulgación de apertura de hogar sustituto donde se daban a conocer requisitos y en qué consistía la modalidad.





Powered by CamScanner

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Continuar Divulgando por diferentes medios la apertura de nuevos hogares sustitutos.	Equipo Interdisciplinario Fundación Social Yo Te Cuido	Permanente
Brindar información a las personas que se acerquen interesadas en el programa.	Equipo Interdisciplinario Fundación Social Yo Te Cuido	Permanente

Powered by CamScanner

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
Laura Fernández Soto	Psicologa	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Karen Yaneth Alvarez C.	Trabajadora Social	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
JESSICA LORENA GARZÓN	GESTORA DE CASO	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
	N/A	N/A	N/A

Colaborador que elabora el acta:	JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ – GESTORA DE CASO

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

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°03	
Hora: 3:00 PM	**Fecha:** 24 de junio del 2024.
Lugar:	Pitalito Huila
Dependencia que Convoca:	Fundación Yo Te Cuido
Proceso:	Misional – Protección – Restablecimiento de derechos
Objetivo:	Convocatoria de vinculación de madres sustitutas (Divulgación)

Saludo de bienvenida.

Introducción de la invitación

Desarrollo del comunicado de interés de la modalidad hogar sustituto Requisitos obligatorios para vincularse a la modalidad.

Números de contactos y dirección de localización de la sede Yo te Cuido.

Desarrollo:

Momento 1: Saludo de bienvenida.

Se realizó la creación de un flayer el cual se dio en difusión a recibir hojas de vida (madres sustitutas) por medio de redes sociales e información relevante.

Momento 2: Introducción de la invitación

Se menciona el objetivo del comunicado el cual es la apertura de la vinculación de familias sustitutas para el municipio de la Pitalito en la modalidad de hogar sustituto.

Momento 3: Desarrollo del comunicado de interés de la modalidad hogar sustituto.

Se informa sobre que es la modalidad, su función, y como se trabaja además se recepcionan hojas de vida

Momento 4: Se informa acerca de los requisitos obligatorios para vincularse a la modalidad de hogar sustituto y para terminar se informa la localización de la sede y los números de contacto para mayor información se da teléfono de la gestora de caso y dirección de la sede administrativa de la fundación social Yo te cuido “Pitalito”.

PÚBLICA

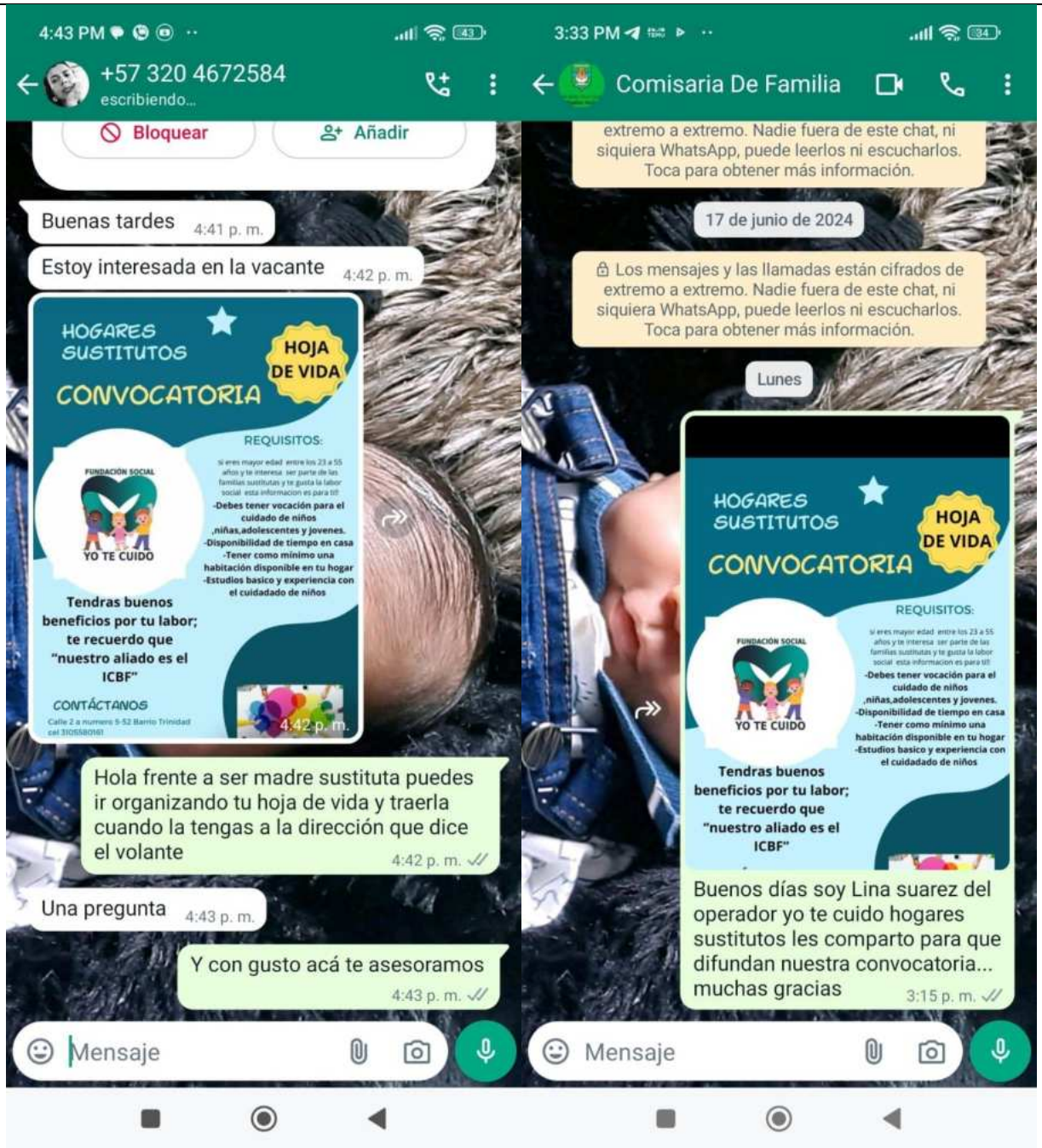
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Anexo fotográfico



PÚBLICA

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



Compromisos / tareas	Responsables	Fechas

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

Seguir divulgando el espacio de convocatoria la cual se está abierta a la comunidad	Lina María Suarez Llanos	permanente
Se abrieron en el mes de junio 1 hogares sustitutos y se dejan 2 para entregar carpeta al ICBF.	Lina María Suarez Llanos	junio
Dentro de los vistos 145 personas las cuales llamaron 2 que están interesadas en dejar su hoja de vida	Operador fundación social Yo te cuido	Julio seguimiento Gestor de caso

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo / Dependencia	Entidad	Firma
Lina María Suarez Llanos	Psicóloga – Gestora de caso	YO TE CUIDO	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	Julio 2024	Por definir	Fundación Yo te Cuido

PÚBLICA

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

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, desarrollo acciones manera permanente, para la difusión y apertura de nuevos Hogares Sustitutos. Estas acciones están enmarcadas dentro de un plan de donde se contempla el proceso de convocatoria, difusión de la modalidad y conformación de nuevos hogares sustitutos según lo establecido en el manual operativo de la modalidad, para contar con el número de familias sustitutas requeridas, según los cupos contratados, teniendo en cuenta las tablas de ubicación máxima por unidad de servicio del manual operativo de la modalidad, garantizando así la adecuada atención de los niños, niñas y adolescentes

Neiva, 05 de julio del año 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° 17	
Hora: *2:OO AM a 3:00 PM*	**Fecha:** *17 DE JUNIO DEL 2024*
Lugar:	*SEDE ADMINISTRATIVA MODALIDAD HOGAR SUSTITUTA GARZON*
Dependencia que Convoca:	*EQUIPO INTERDICIPLINARIO FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO*
Proceso:	*ENCUENTRO FORMATIVO HACIA CÓMO GESTIONAR EL DIAGNÓSTICO MÉDICO PARA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y SU RESPECTIVO TRATAMIENTO, DIRIGIDO A FAMILIAS SUSTITUTAS.*
Objetivo:	*FORMAR E INFORMAR EL PROCESO DE COMO GESTIONAR EL DIAGNOSTICO MEDICO PARA LA POBLACION CON DISCAPACIDAD Y SU RESPECTIVO TRATAMIENTO, DONDE LAS FAMILIAS SUSTITUTAS CUENTEN CON LAS HERRAMIENTAS PARA DAR OPORTUNOS PROCEDIMIENTOS A LOS MISMOS.*

Agenda:

- Saludo.
- Actividad Rompe Hielo, "ME CUIDAS, TE CUIDO".
- Gestión del Diagnostico Medico.
- Cierre.
- Decisiones.

Desarrollo:

En la formación del día 17 de junio de 2024 en la jornada de 2:00 pm, con un afectuoso saludo de bienvenida, se agradeció la participación a cada una de las madres Sustitutas.

De acuerdo a nuestro cronograma de actividades se dio inicio con la formación.

Por medio de la actividad Me cuidas, Te Cuido, la cual consistió en decir una palabra que inicie con la vocal A y con la terminación de la letra decir otra palabra, dando continuidad con la letra final de cada palabra, esta con la finalidad de fortalecer la memoria.

Se dio continuidad con la temática propuesta en la agenda establecida.

Powered by CamScanner

Gestionar el diagnóstico médico y el tratamiento adecuado para la población con discapacidad implica seguir un proceso organizado y sensible, guía general sobre cómo formar e informar este proceso:

Evaluación y Diagnóstico

Evaluación Inicial: Identificar signos y síntomas que puedan indicar una discapacidad. Esto puede incluir evaluaciones físicas, psicológicas y de desarrollo según sea necesario.

Derivación a Especialistas: Referir a especialistas médicos pertinentes (neurólogos, pediatras, psiquiatras, entre otros) para evaluaciones más detalladas y diagnósticos específicos.

Pruebas Diagnósticas: Realizar pruebas médicas y evaluaciones complementarias según las indicaciones del especialista para confirmar el diagnóstico.

Comunicación y Apoyo a la Familia: Informar a la familia sustituta sobre el proceso de evaluación, los resultados preliminares y las próximas etapas.

Planificación del Tratamiento

Desarrollo del Plan de Tratamiento: Elaborar un plan integral de atención médica y terapéutica basado en el diagnóstico. Esto puede incluir terapias físicas, ocupacionales, del habla, entre otras.

Educación y Capacitación: Capacitar a la familia sustituta en las necesidades específicas del niño con discapacidad, incluyendo cuidados médicos, terapias recomendadas y manejo de emergencias.

Acceso a Recursos: Facilitar información sobre recursos comunitarios y apoyo adicional disponible para familias con niños con discapacidad.

Implementación y Seguimiento

Inicio del Tratamiento: Iniciar las intervenciones terapéuticas y médicas según el plan establecido, asegurando la adherencia y ajustes necesarios según la evolución del niño.

Seguimiento Continuo: Realizar seguimientos regulares para monitorear el progreso del niño, ajustar el tratamiento según sea necesario y proporcionar apoyo emocional a la familia.

Coordinación de Cuidados: Garantizar la comunicación efectiva entre todos los proveedores de atención médica y terapéutica involucrados, incluyendo médicos, terapeutas, y personal de apoyo.

Apoyo Continuo y Educación Familiar

Apoyo Emocional y Educativo: Brindar apoyo continuo a la familia sustituta para ayudarles a manejar los desafíos emocionales y educativos asociados con la discapacidad del niño.

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

Powered by CamScanner

Formación Permanente: Proporcionar oportunidades de formación continua para la familia sustituta sobre el manejo de la discapacidad y las mejores prácticas de cuidado.

Promoción de la Autonomía: Fomentar la independencia del niño dentro de sus capacidades, apoyando su desarrollo personal y social.

Recomendaciones Finales

Comunicación Abierta: Mantener una comunicación abierta y honesta con la familia sustituta durante todo el proceso.

Trabajo en Equipo: Fomentar el trabajo en equipo entre profesionales de la salud, educadores y la familia sustituta para optimizar el cuidado del niño.

Adaptabilidad: Ser flexible y adaptable a las necesidades cambiantes del niño y su familia sustituta a lo largo del tiempo.

Se dio a conocer que, al seguir este proceso estructurado y centrado en el niño, se puede garantizar que las familias sustitutas cuenten con las herramientas y el apoyo necesarios para proporcionar los cuidados y tratamientos oportunos y efectivos a niños con discapacidad, promoviendo así su bienestar integral.

Ruta para niñas, niños, adolescentes y jóvenes que se encuentran en proceso administrativo de restablecimiento de derechos

El Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF– iniciaron en 2018 un trabajo articulado para construir una ruta de atención integral en salud para niños, niñas, adolescentes y jóvenes –NNAJ– en condición de discapacidad bajo protección del Estado y con procesos administrativos de restablecimiento de derechos –PARD–. Los objetivos de esta estrategia se enfocan en responder a una disposición de la Procuraduría General de la Nación –PGN– para generar acciones tendientes a eliminar las barreras en el acceso al servicio, garantizando la oportunidad, pertinencia y calidad y el goce efectivo del derecho a la salud y, por otro lado, fortalecer los espacios intersectoriales y la oferta en salud en los territorios para este segmento poblacional.

Cierre: Con la actividad la piedra en el zapato se logró que las madres sustitutas tomen conciencia de la importancia de tener compromiso con los usuarios de la Modalidad Hogar Sustituto.

Decisiones: *Contribuir con la garantía del derecho a la salud para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes independiente de su condición medica.*

Powered by CamScanner

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas
Garantizar el derecho a la Salud de los NNA.	Madres sustitutas y operador Fundación Social yo te Cuido	Permanente
Gestionar los procesos para Garantizar el derecho a la Salud.	Madres sustitutas y operador Fundación Social yo te Cuido	Permanente

Powered by CamScanner

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	**Cargo o rol / Dependencia**	**Entidad**	**Firma**
Alexis Valencia C.	Madre sustituta	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Clara Inés Rojas	M. Sustituta	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Rosa Tenorio Castillo	M.S.	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Mayerlin Almanza C.	M.S.	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Marleny Fragoso	M.S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Olga Lucia	M S	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Eduviges Gonzalez M	M.S.	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Sandra M. Calderón	M.S.	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Vicenta Cortes	M S.	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
JESSICA LORENA GARZON	GESTORA DE CASO	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
		FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	
Próxima reunión	**Fecha**	**Hora**	**Lugar**
	N/A	N/A	N/A
Colaborador que elabora el acta:	JESSICA LORENA GARZON RODRIGUEZ – GESTORA DE CASO		

Powered by CamScanner

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N° *5*	
Hora: *03:00 PM*	**Fecha:** *24 de junio del 2024*
Lugar:	*Fundación social yo te cuido*
Dependencia que Convoca:	*Equipo psicosocial- Gestora de caso.*
Proceso:	*En encuentro formativo hacia como gestionar el diagnostico medico para población con discapacidad y su respectivo tratamiento.*
Objetivo:	*Conocer el proceso y el paso a seguir que se realiza para obtener el diagnostico medico para la población con discapacidad y su respectivo tratamiento, dirigido a las madres sustitutas de la fundación.*

Agenda:

-Saludo a las madres sustitutas

-Socialización del tema a tratar y el objetivo de la capacitación

-Realización de actividad rompe hielo

-Desarrollo de la temática a través de láminas e infografías informativas.

-Conclusiones de la reunión

-Participación de las madres en cuanto a dudas y demás que deseen aportar.

-Compromisos por parte de las madres sustitutas con lo aprendido el día de hoy.

Desarrollo: *La gestora de caso realiza la bienvenida y el saludo, dando apertura a la hora formativa, iniciando con una actividad rompe hielo, la cual se trata de que las participantes cuenten de forma lúdica a través de una poesía, canto o de forma artística, cuales creen que es el proceso de solicitud de el diagnostico de discapacidad. Algunas madres sustitutas realizan esta actividad de forma cantada, otras deslizan dibujos y otras solo lo socializan, sin embargo, todas las madres coincidieron en que tenían la información incompleta o no conocían el proceso, ni los documentos que se necesitan para solicitar este certificado y su debido tratamiento.*

Por lo que la gestora de caso da inicio con la formación, utilizando material de apoyo como las infografías brindadas por la alcaldía municipal de la Plata Huila, donde indica la ruta y el paso a seguir para solicitarlo, también indica el lugar donde se tiene que solicitar.

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





Luego se realiza capacitación de solicitud de citas con especialidades a través de los correos de las diferentes EPS del municipio de la Plata, teniendo en cuenta la afiliación a la que esta suscrita el usuario, una vez se realice la solicitud por medio de correo electrónico y no se obtiene respuesta se les brinda una nueva herramienta la cual permite que las citas con especialidades y demás que necesiten en cuanto a salud se pueden apoyar de la super intendencia de salud a través de los PQR, es aquí donde la gestora de caso enseña como buscar la página con ayuda de un computador va instruyendo el paso a seguir y lo que se debe escribir en cada casilla, primero se le informa que se deben llenar todas las casilla con la información del usuario, luego deben escribir la situación presentada, aclarando que se ha realizado la gestión con la EPS de manera directa y a través de correo y no se ha logrado obtener respuesta por lo tanto se recurre a este medio. Por último, deben anexar historia clínica y orden si es necesario, validar el capchat y enviar. Se les indica el tiempo máximo que tiene la super intendencia de salud para dar respuesta que es 8 días hábiles.



Decisiones: *En conclusión las madres sustitutas agradecen por esta información, ya que muchas de ellas no conocían ese proceso porque no han tenido que solicitar el certificado de discapacidad, sin embargo, mencionan que estas capacitaciones ayudan a fortalecer y a preparase para cualquier situación en caso de necesitarlas.*

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas

Practicar el uso de la pagina de la súper intendencia de salud	Madres sustitutas	Durante la prestación de sus servicios.

Evidencia fotográfica





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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

F0.P1.MI	25/01/2024
Version 8	Pagina 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

BIENESTAR FAMILIAR

ACTIVIDAD: Formación sobre como gestionar el diagnostico medico para discapacidad FECHA 24 de Junio del 2024

HORA INICIAL: 03:00 PM HORA FINAL: 04:00 PM LUGAR Fundacion social Yo fecundo

DEPENDENCIA LIDER: _____

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN		TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA	
							PLANTA	CONTRATO			AM	PM
1	Dayana Catalina Diaz R	1.061720861	M.S	Yo fecundo	Huila	huila			3144857555	Dayanadiaz0221		✓
2	Leidy C. Gomez.	1117529450	M.S	Yo fecundo	Huila	Huila.			3138861014	leidyamor1993		
3	Francy Prieto	25464874	MS	Yo fecundo	Huila	Huila			3222689309			X
4	Olga. B Solórzano	36.381.366	M.S.	Yo f. cundo	Huila	Capital			3115996113	olgasolorzano.s-i2@yahoo.com		X.
5	ANA MILENA VALENCIA	29122846	MS	Yo fecundo	Huila	Huila			3132626213	amvalencia1@hotmail.com		X
6	Disney Garay	36.382703	MS fac.	yo fecundo	Huila	La plata			3106284835	disneygarcera2017@hotmail.		X
7	Elva Polo S	36380913	MS	Yo fecundo	Huila	Suplente			3112281444	[illegible]		✓
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												

Compromisos / tareas	Responsable(s): Nombre / Cargo o rol	Fechas

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
ANA MILENA VALENCIA	Madre sustituta	F. Yo te cuido	[firma]
leidy Constanza Gomes	M. Sustituta.	F. Yo te cuido	leidy Gomez
Dayana Caterin Diaz	M. sustituta	F. yo te cuido	Dayana Diaz
Francy Nieto	M. Sust	F yo te cuido	Francy
Disney García G.	M Sustituta	yo te cuido	Disney G.
[illegible]	M Sust	Yo te cuido	[firma]
Olga B Solórzano C.	M. sustituta	Yo te cuido	[firma]

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
Colaborador que elabora el acta:			

¡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.

PÚBLICA

ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°07	
Hora: 4:00 PM	**Fecha:** 12/06/2024
Lugar:	Sede Administrativa Fundación Social Yo Te Cuido Sede PITALITO
Dependencia que Convoca:	FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO
Proceso:	MISIONAL –PROTECCION- RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS
Objetivo:	Encuentro formativo hacia cómo gestionar el diagnóstico médico para población con discapacidad y su respectivo tratamiento, dirigido a familias sustitutas.

Agenda:

1- SALUDO Y BIENVENIDA

2- DESARROLLO –METODOLOGIA

3- COMPROMISOS-SUGERENCIAS Y CIERRE

Desarrollo:

Para el día 12 de JUNIO del 2024 siendo las 4:00 pm en las instalaciones de la fundación social “YO TE CUIDO” Sede Pitalito, la gestora de caso Lina María Suarez llanos junto al equipo interdisciplinario, convoco a todas las madres sustitutas de la modalidad, con el fin de cualificar y reforzar la temática basada en la atención a las niñas, niños y adolescentes.

En este espacio se realizó el juego “conozcámonos” este consistió en decir el nombre de la persona de lado y desde su perspectiva inicial ver que es lo que más resalta “valores, impresión”.

Para este momento se realiza psico-orientacion resaltando el espacio donde las personas de quienes son nuestros usuarios, fomentan la inclusión de familiares y amigos de las personas afectadas por enfermedades o problemas. De la misma manera, como madres sustitutas con la única finalidad de brindar apoyo dentro de estrategias claves que a veces se desconocen, con el fin de ofrecer afrontamiento, proporcionar mayor sensación de control, aumentar de la autoestima y el estado de ánimo positivo.

PUBLICA

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

Se recordó cual es ***la ruta Procedimiento de Certificación de Discapacidad***

La población del país por autorreconocimiento, acceder a una valoración clínica multidisciplinaria para identificar su discapacidad. Los equipos multidisciplinarios conformados por profesionales de la salud y del área social realizan esta valoración en Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud –IPS– autorizadas por las Secretarías de Salud Departamentales o Distritales.

Durante la valoración multidisciplinaria se evalúan 3 componentes:

- Identificar el déficit en la estructura corporal
- Identificar limitaciones en las actividades
- Identificar restricciones en la participación

Se realiza un perfil completo de la discapacidad, con base en una herramienta técnica desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS): Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Al finalizar la valoración se entrega a la persona con discapacidad el documento certificado de discapacidad y se registra la información en el aplicativo del Ministerio de Salud, denominado Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD).

Se presentó video "Cuerdas", Cortometraje completo para reflexionar sobre la temática link : https://www.youtube.com/watch?v=4INwx_tmTKw&t=30s

Se resaltó la empatía el amor por el otro y conocer l relación con nuestros usuarios con condiciones especiales y aplicarlas. se dio las gracias y se despide de cada una de las persona

COMPROMISO	RESPONSABLE	FECHA
Asistir a todos los espacios de formación que se indique para fortalecer los conocimientos.	**Madres sustitutas**	**Vigencia 2024**
FIRMA ASISTENTES		
Cargo / Dependencia	**Entidad**	**Firma**

PUBLICA

Psicóloga – Gestora de caso	YO TE CUIDO	
Fecha	**Hora**	**Lugar**
Julio 2024	Pendiente por definir	Fundación Yo te Cuido

Evidencias fotográficas



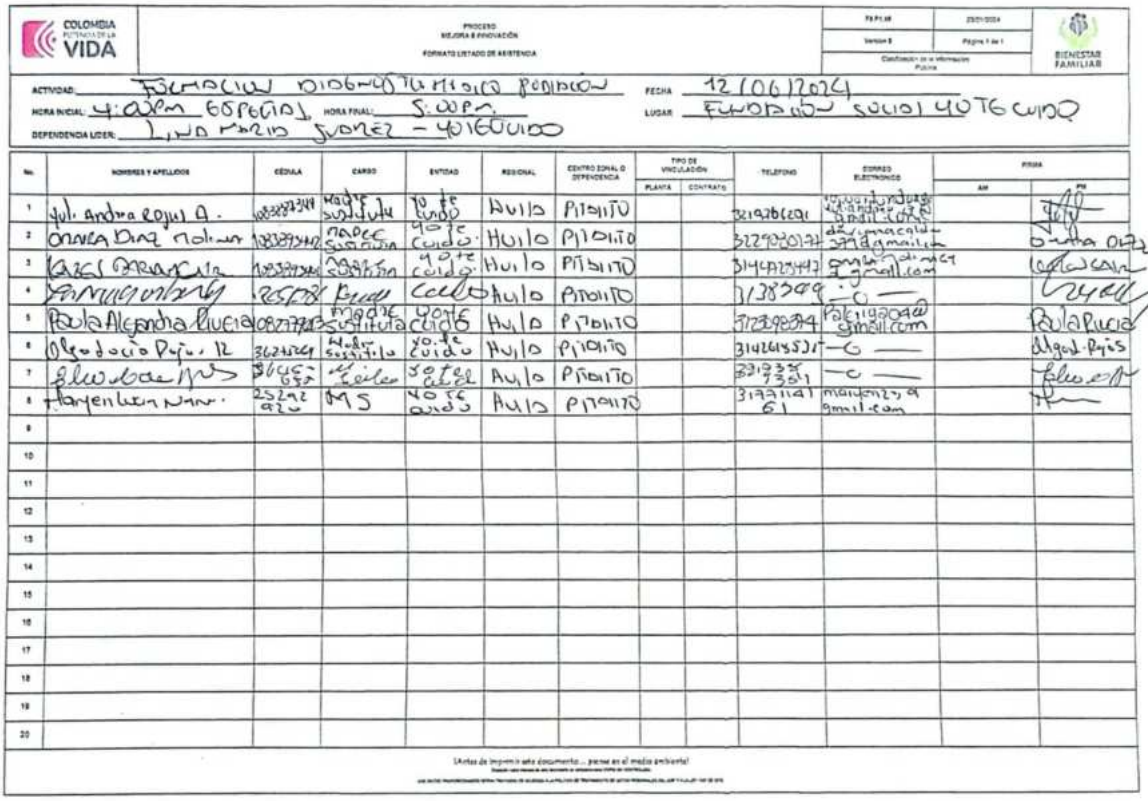






LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO CON LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

REGISTRO FOTOGRAFICO



ACTIVIDAD: FORMACION DIRIGIDA A MADRES COMUNITARIAS FECHA 12/06/2024
HORA INICIAL: 4:00pm ESPECIAL HORA FINAL: 5:00pm LUGAR: FUNDACION SOLIDARIO TEGUIDO
DEPENDENCIA LIDER: LINA MARIA SUAREZ - SOLIDARIO TEGUIDO

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN PLANTA	TIPO DE VINCULACIÓN CONTRATO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA AM	FIRMA PM
1	Yuli Andrea Rojas A.		Madre sustituta	Solidario Teguido	Huila	Pitalito			3219761691			
2	Diana Diaz Molano		Madre Sustituta	Solidario Teguido	Huila	Pitalito			3229030171			
3	Karen Ordoñez		Madre Sustituta	Solidario Teguido	Huila	Pitalito			3146429447			
4	[illegible]		Madre	Cuido	Huila	Pitalito			3138599	-0		
5	Paula Alejandra Rivera		Madre sustituta	Cuido	Huila	Pitalito			3128990894			Paula Rivera
6	Olga Lucia Pajoy. 12	36247264	Madre sustituta	Solidario Teguido	Huila	Pitalito			3142645517	-0		Olga Lucia Pajoy
7	[illegible]	36465652	[illegible]	Solidario Teguido	Huila	Pitalito			3139357301	-0		
8	Hayenlein Nav.	25292 azu	MS	Solidario Teguido	Huila	Pitalito			3172711416 1	marlenz29@gmail.com		
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

¡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.

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, el equipo de talento humano dispuesto por la fundación social yo te cuido par la modalidad hogar sustituto participo en las actividades convocadas por el ICBF.

Se expide en Neiva el día 05 de julio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, cuenta con todos los medios tecnológicos y de comunicación necesarios para registrar y trasmitir la información al ICBF, y así garantizar la prestación del servicio y fluides de los canales de comunicación en los centros zonales de Garzon,Pitalito y la Plata.

Se expide en Neiva el día 05 de julio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, cuenta con el talento humano requerido para la prestación del servicio y que este cumple con el perfil y los requisitos exigidos en los lineamientos, adicionalmente todos cuentan con la verificación el registro nacional de medidas correctivas, la consulta de antecedentes por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes y con el tiempo de dedicación definido en la tabla de talento humano para la modalidad.

Neiva – 05 de julio del 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
TORRES	MOMPOTES	MERCEDES

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 36384928	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 24 MES 09 AÑO 1981

PAÍS COLOMBIA

DEPTO HUILA

MUNICIPIO LA PLATA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 5E 1 185 LA PLATA

PAÍS COLOMBIA DEPTO HUILA

MUNICIPIO LA PLATA

TELÉFONO 372243 EMAIL merceditastorres24@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1998
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	9		X	ADMINISTRACION DE EMPRESAS			
PREGRADO	2	X		TECNOLOGIA EN GESTION COMERCIAL DE SERVICIOS	06	2008	
PREGRADO	10	X		ADMINISTRACION DE EMPERESAS	12	2022	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* LA PLATA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ARCHIVO ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* ARCHIVO - GESTION DOCUMENTAL						*DIRECCIÓN* Avenida carrera 68 No. 64 C - 75					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* LA PLATA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8371127	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	13	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO	*DEPENDENCIA* ACTIVIDAD DE ARCHIVO Y GESTION						*DIRECCIÓN* CALLE 5B 9A 05 Barrio Villa Isabella					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* LA PLATA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8371127	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PROTECCION						*DIRECCIÓN* CALLE 5B ° 9 A -05 Barrio Villa Isabella					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8371127	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	31	*Mes*	01	*Año*	2019	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PROTECCION						*DIRECCIÓN* CALLE 5B ª 9 A-05 B/ Villa Isabella La Plata Huil					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* LA PLATA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8376944	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PROTECCION						*DIRECCIÓN* CALLE 5B ° 9 A-05 Barrio Villa Isabella La Plata					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* LA PLATA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8376944	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	01	*Año*	2016	*Día*	16	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DEFENSORIA DE FAMILIA						*DIRECCIÓN* CALLE 5B 9A 05 BARRIO VILLA ISABELLA LA PLATA H					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* LA PLATA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8376944	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	02	*Año*	2015	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DEFENSORIA DE FAMILIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 5B ** 9 A-05 BARRRIO VILLA ISABELLA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* LA PLATA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8376944	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	01	*Año*	2014	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION DE SERVIC Y ATENCION						*DIRECCIÓN* CALLE 8B * 7 -44 Barrio El Pomo La Plata Huila					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* LA PLATA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8376944	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	01	*Año*	2013	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DIRECCION DE SERVIC Y ATENCION						*DIRECCIÓN* CALLE 8B * 7 -474					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* LA PLATA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8376944	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	01	*Año*	2012	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CALLE 8B * 7 -44 Barrio el Pomo					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ D C	*MUNICIPIO* BOGOTÁ, D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8371127	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	01	*Año* 2011	*Día*	27	*Mes*	12	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PREVENCION					*DIRECCIÓN* CALLE 8B ° 7 -44					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*	*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*					

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	8	2
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	11	8

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento La Plata Huila, 05 de mayo de 2024

Mercedes Torres M. Mercedes Torres M.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Periodo 01/01/2023 - 31/12/2023

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, MERCEDES TORRES MOMPOTES

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 36384928 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: HUILA MUNICIPIO: LA PLATA

DIRECCIÓN: CARRERA 5 E 1 185 LA PLATA TELÉFONO: 3103873507

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ERIKA TATIANA CAUSAYA TORRES	1007341988	HIJO(A)
MILAG MATEO HERNANDEZ TORRES	1081426666	HIJO(A)
LUIS ARMEDO TORRES RINCON	12269609	PADRE
MARIA ELCY MOMPOTES TIERRADENTRO	36376350	MADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **X** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$26.619.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$26.619.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO BOGOTA	CUENTA DE AHORROS	398320374	SUCURASAL LA PLATA	50.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO BOGOTA	CREDITO	6.953.735
UTRAHUILCA	CREDITO	48.000.000

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Mercedes Torres M. Mercedes Torres M.	La Plata Huila, 05 de mayo de 2024.
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770

La República de Colombia

y en su nombre

El Colegio Departamental "Marillac"

Autorizado por la Gobernación del Huila, según Resoluciones No. 2774 del 26 de Noviembre de 1.991 y 0358 del 19 de Junio de 1.996.

Confiere a:

Mercedes Torres Mompotes

T.I. No. 810924-11958 de La Plata (Huila)

El Título de

Bachiller Comercial

Por haber concluido el plan de estudios, haber alcanzado los objetivos de formación y adquirido los reconocimientos legales o reglamentariamente definidos, correspondientes al Nivel de Educación Media.

Acta General de Graduación No. 017 del Cuatro (4) de Diciembre de 1.998

Dado en La Plata a 4 de Diciembre de 1.998

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

MERCEDES TORRES MOMPOTES

Con Cedula de Ciudadania No. 36384928

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad. le confiere el

Título

para desempeñarse como:

TECNICO PROFESIONAL EN

VENTA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

En testimonio de lo anterior. se firma el presente Titulo en LA PLATA. a los cinco (5) días del mes de febrero de dos mil nueve (2009)

Firmado Digitalmente por

ADRIANA MARCELA VALENCIA CARDONA
Subdirectora CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

UNAD
Universidad Nacional Abierta y a Distancia
ACREDITADA EN ALTA CALIDAD

La Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD

Ley 52 de 1981, Ley 396 de 1997 y Decreto 2770 de 2006

Teniendo en cuenta que

MERCEDES TORRES MOMPOTES

C.C. Nº. 36384928 de La Plata

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Universidad, de conformidad con las normas legales y reglamentarias vigentes, le otorga el título de

ADMINISTRADORA DE EMPRESAS

Dado en Bogotá D.C., el día 29 de Abril de 2023

Rector

Decana

Secretaria General

Acta de Grado Nº 611
Fecha 29 de Abril de 2023
Registro de Diploma 131475
Libro 26, Folio 4

Registro M.E.N. 1688

Código de Seguridad: 210DAA075351

Código Seguro de Verificación: [illegible]

COPIA - DIGITAL AUTENTICA

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA CON FUNCIONES DE COORDINADORA JURIDICA DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS REGIONAL HUILA
CERTIFICA:

NÚMERO DEL CONTRATO	216/2011		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	**MERCEDES TORRES MOMPOTES**		
NIT DE CONTRATISTA	36.384.928		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN CONTRATO:	24 de Enero de 2011		
OBJETO	*Prestar sus servicios personales como técnico en el desarrollo de los diferentes procesos y procedimientos que se desarrollan a través de las defensorías en el ICBF desde el Centro Zonal la Plata.*		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.028.666.oo		
VALOR ADICIÓN No.1	$ 2.514.333.oo		
VALOR DISMINUCION No.1	$ 127.307.OO		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 7.670.306.oo		
PLAZO INICIAL	05 mese y 8 días		
FECHA DE INICIO	**DÍA: 24**	**MES:01**	**AÑO:2011**
FECHA DE TERMINACIÓN	**DÍA: 23**	**MES:09**	**AÑO:2011**
FECHA DE LIQUIDACION	**DÍA: 16**	**MES:01**	**AÑO:2012**
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	**DÍA: 10**	**MES:09**	**AÑO:2014**

LYLIANA OME CANO

ELABORO: INGRID P.

LA SUSCRITA COORDINADORA JURIDICA DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS REGIONAL HUILA
CERTIFICA:

NÚMERO DEL CONTRATO	522/2011		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	**MERCEDES TORRES MOMPOTES**		
NIT DE CONTRATISTA	36.384.928		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN CONTRATO:	26 de Septiembre de 2011		
OBJETO	*Prestar sus servicios personales como técnico en el desarrollo de los diferentes procesos y procedimientos que se desarrollan a través de las defensorías en el ICBF desde en el centro zonal la plata.*		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.832.603.oo		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 2.832.603.oo		
PLAZO INICIAL	89 días		
FECHA DE INICIO	**DÍA: 28**	**MES:09**	**AÑO:2011**
FECHA DE TERMINACIÓN	**DÍA: 27**	**MES:12**	**AÑO:2011**
FECHA DE LIQUIDACIÓN	**DÍA:16**	**MES:01**	**AÑO:2012**
FECHA DE EXPEDICIÓN	**DÍA: 10**	**MES:09**	**AÑO:2014**

LYLIANA OME CANO

ELABORÓ: INGRID P.

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA CON FUNCIONES DE COORDINADORA JURIDICA DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS REGIONAL HUILA
CERTIFICA:

NÚMERO DEL CONTRATO	150/2012		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	**MERCEDES TORRES MOMPOTES**		
NIT DE CONTRATISTA	36.384.928		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN CONTRATO:	16 de Enero de 2012		
OBJETO	*Prestar sus servicios personales como técnico en el desarrollo de los diferentes procesos y procedimientos que se desarrollan a través de las defensorías en el ICBF desde en el centro zonal la plata*		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.496.000.oo		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 14.496.000.oo		
PLAZO INICIAL	08 meses		
FECHA DE INICIO	**DÍA: 16**	**MES:01**	**AÑO:2012**
FECHA DE TERMINACIÓN	**DÍA: .31**	**MES:12**	**AÑO:2012**
FECHA DE LIQUIDACIÓN	**DÍA:18**	**MES:03**	**AÑO:2013**
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO	**DÍA: 10**	**MES:09**	**AÑO:2014**

LYLIANA OME CANO

ELABORO: INGRID P.

LA SUSCRITA COORDINADORA JURIDICA DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS REGIONAL HUILA
CERTIFICA:

NÚMERO DEL CONTRATO	49/2013		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	**MERCEDES TORRES MOMPOTES**		
NIT DE CONTRATISTA	36.384.928		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN CONTRATO:	08 de enero de 2013		
OBJETO	*Prestar sus servicios personales como técnico en el desarrollo de los diferentes procesos y procedimientos que se desarrollan a través de las defensorías en el ICBF desde en el centro zonal la plata.*		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 16.797.240.oo		
VALOR ADICION 1.	$ 5.163.596.oo		
PLAZO INICIAL	09 meses		
FECHA DE INICIO	**DÍA: 08**	**MES: 01**	**AÑO:2013**
FECHA DE TERMINACIÓN	**DÍA: 31**	**MES:12**	**AÑO: 2013**
FECHA DE LIQUIDACIÓN	**DÍA: 31**	**MES: 01**	**AÑO: 2014**
FECHA DE EXPEDICIÓN	**DÍA: 10**	**MES:09**	**AÑO:2014**

LYLIANA OME CANO

ELABORO: INGRID P.

LA SUSCRITA COORDINADORA DE LA OFICINA JURIDICA DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS REGIONAL HUILA

CERTIFICA:

NÚMERO DE CONTRATO	209 DE 2015
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	**MERCEDES TORRES MOMPOTES**
NIT DE CONTRATISTA	36.384.928
FECHA DE SUSCRIPCIÓN CONTRATO:	06 de febrero de 2015
OBJETO	Prestar servicios asistenciales a la Regional por sus propios medios, con plena autonomía técnica, administrativa y tecnológica en su área de formación, para apoyar los temas de protección
OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA	1. desarrollar actividades previstas a través de la defensoria 2.sistematizar actuaciones en los aplicativos correspondientes y contribuir al mantenimiento adecuado del archivo de cada defensoria 3.Ubicar y archivar adecuadamente las HISF manejadas por reparto en la Defensoria respectiva. 4. Apoyar a la Defensoria y su equipo en la elaboración de informes relacionados con los procesos atendidos y solicitados por el nivel Regional y Zonal. 5. Asistir y participar en los GET zonales y de las Defensorias de acuerdo a programación establecida por el centro zonal. 6. Sostener una relación cálida y respetuosa con quienes soliciten nuestros servicios y con los servidores públicos del ICBF que permita la efectiva realización de acciones en los diferentes programas. 7. Realizar desplazamientos fuera del centro zonal que sean necesarios, reconociéndosele el respectivo pago de viáticos y gastos de viaje, para lo cual se cuenta con la aceptación del contratista 8. Presentar mensualmente los recibos de pago al sistema de seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales). 9. Presentar al supervisor del contrato dentro de los cinco (5) dias siguientes a la terminación del mismo, informe final del contrato sobre las actividades desarrolladas con los soportes correspondientes. 10. Custodiar los documentos e información que por razón de sus actividades produzca o acceda, asi como evitar su sustracción, o mal uso. **11.** Conservar la información que le ha sido encomendada y cuidar que sea utilizada debidamente, según el propósito con el que fue creada. **12.** Dar un debido uso de los útiles, equipos, muebles y bienes confiados por el ICBF durante la vigencia de su contrato y restituirlos a la finalización del mismo. **13.** Cumplir con las demás instrucciones que le sean impartidas por el supervisor del contrato, que se

	recursos ambientales y públicos.		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 21.450.238.oo		
VALOR ADICION	NO APLICA		
VALOR DISMINUCION.	NO APLICA		
VALOR TOTAL	$ 21.450.238.oo		
VALOR LIBERARO A FAVOR DEL ICBF	NO APLICA		
VALOR TOTAL EJECUTADO	$ 21.450.238.oo		
PLAZO INICIAL	10 meses y 25 días		
JEFE INMEDIATO	COORDINADORA CENTRO ZONAL LA PLATA		
FECHA DE INICIO	**DÍA: 06**	**MES: 02**	**AÑO: 2015**
FECHA DE TERMINACIÓN	**DÍA: 31**	**MES: 12**	**AÑO: 2015**
FECHA DE LIQUIDACIÓN	**DÍA: 17**	**MES: 02**	**AÑO: 2016**
FECHA DE EXPEDICIÓN	**DÍA: 20**	**MES: 11**	**AÑO: 2018**
LYLIANA OME CANO			
Elaboro: Jose A. Perdomo A.			

EL SUSCRITO COORDINADOR DE LA OFICINA JURIDICA DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS REGIONAL HUILA
CERTIFICA:

NÚMERO DE CONTRATO	**054 de 2016**
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	**MERCEDES TORRES MOMPOTES**
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN
NIT DE CONTRATISTA	36.384.928
FECHA DE SUSCRIPCIÓN CONTRATO:	18 de enero de 2016
LUGAR DE EJECUCION	La Plata Huila
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO PARA EL AREA DE PROTECCION EN LOS GRUPOS DE ASISTENCIA TECNICA O GRUPOS DE PROTECCION SEGÚN CORRESPONDA , RELACIONADOS CON EL REGISTRO DE INFORMACION EN APLICATIVOS, GESTION DOCUMENTAL Y ELABORACION DE REPORTES , CON EL FIN DE CONTRIBUIR AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS Y PROPOSITOS INSTITUCIONALES
OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA	**EL** CONTRATISTA se obliga, a cumplir cabalmente con el objeto del presente contrato a la luz de las disposiciones legales vigentes y en especial a: 1. Desarrollar actividades previstas a través de la Defensoría prestando apoyo a niños niñas y adolescentes en el proceso de restablecimiento de derechos.2. Realizar coordinación interinstitucional y fomentar alianzas estratégicas para la atención de los niñ@s y familias usuarias del ICBF.3 .Sistematizar actuaciones en las HSF y aplicativo correspondiente y contribuir al mantenimiento adecuado de su archivo. 4. Brindar atención a quienes soliciten los servicios del ICBF a través de los diferentes programas. 5 .Realizar desplazamiento al Área Rural del municipio de La Plata y a otros municipios, reconociéndosele el respectivo pago de viáticos y gastos de viaje, para lo cual se cuenta con la aceptación del contratista. 6. Realizar actividades educativas y formativas con los grupos familiares que así lo requieran. 7. Desarrollar oportunamente informes relacionados con los procesos atendidos. 8. Asistir y participar

	Defensorías de acuerdo a programación establecida por el centro zonal. 9. Sostener una relación cálida y respetuosa con quienes soliciten nuestros servicios y con los servidores públicos del ICBF que permita la efectiva realización de acciones en los diferentes programas. 10. Presentar informe mensual a la coordinadora del Centro Zonal sobre las acciones realizadas. 11. Presentar mensualmente los recibos de pago al sistema de seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales).12. Presentar al supervisor del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la terminación del mismo, informe final del contrato sobre las actividades desarrolladas con los soportes correspondientes. 13. Custodiar los documentos e información que por razón de sus actividades produzca o acceda, así como evitar su sustracción, o mal uso.14. Conservar la información que le ha sido encomendada y cuidar que sea utilizada debidamente, según el propósito con el que fue creada.15. Dar un debido uso de los útiles, equipos, muebles y bienes confiados por el ICBF durante la vigencia de su contrato y restituirlos a la finalización del mismo.16. Cumplir con las demás instrucciones que le sean impartidas por el supervisor del contrato, que se deriven de la ley o el reglamento que tengan relación con la naturaleza del contrato con calidad, oportunidad y pertinencia		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 22.429.000		
VALOR ADICION	$ 883.567		
VALOR DISMINUCION.	$ 0		
VALOR TOTAL	$ 23.312.567		
PLAZO INICIAL	11 meses y 13 días		
FECHA DE INICIO	**DÍA: 18**	**MES: 01**	**AÑO: 2016**
FECHA DE TERMINACIÓN	**DÍA: 30**	**MES: 12**	**AÑO: 2016**
FECHA DE LIQUIDACIÓN	**DÍA: 28**	**MES: 02**	**AÑO: 2016**
FECHA DE EXPEDICIÓN	**DÍA: 26**	**MES: 10**	**AÑO: 2021**

CARLOS ARBEY CABRERA HERNANDEZ
Coordinador Grupo Jurídico

Elaboro: Ligia Lucumi U

LA **SUSCRITA COORDINADORA DE LA OFICINA JURIDICA DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS REGIONAL HUILA**

CERTIFICA:

NÚMERO DE CONTRATO	053 de 2017
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	**MERCEDES TORRES MOMPOTES**
NIT DE CONTRATISTA	36.384.928
FECHA DE SUSCRIPCIÓN CONTRATO:	10 de enero de 2017
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO PARA EL ÁREA DE PROTECCIÓN EN LOS GRUPOS DE ASISTENCIA TÉCNICA O GRUPOS DE PROTECCIÓN SEGÚN CORRESPONDA, RELACIONADOS CON EL REGISTRO DE INFORMACIÓN EN APLICATIVOS, GESTIÓN DOCUMENTAL Y ELABORACIÓN DE REPORTES, CON EL FIN DE CONTRIBUIR AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS Y PROPÓSITOS INSTITUCIONALES
OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA	El contratista bajo su plena responsabilidad y autonomía y en cumplimiento del objeto descrito, cumplirá con las siguientes actividades: 1) Desarrollar actividades previstas a través de la Defensoría. 2) Sistematizar actuaciones en los aplicativos correspondientes y contribuir al mantenimiento adecuado del archivo de cada Defensoría. 3) Ubicar y archivar adecuadamente las HISF manejadas por reparto en la Defensoría respectiva. 4) Apoyar a la Defensoría y su equipo en la elaboración de informes relacionados con los procesos atendidos y solicitados por el nivel Regional y Zonal. 5) Asistir y participar en los GET zonales y de las Defensorías de acuerdo a programación establecida por el centro zonal. 6) Sostener una relación cálida y respetuosa con quienes soliciten nuestros servicios y con los servidores públicos del ICBF que permita la efectiva realización de acciones en los diferentes programas. 7) Realizar desplazamientos fuera del centro zonal que sean necesarios, reconociéndosele el respectivo pago de viáticos y gastos de viaje , para lo cual se cuenta con la aceptación del contratista 8) Presentar mensualmente los recibos de pago al sistema de seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales). 9) Presentar al supervisor del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la terminación del mismo, informe final del contrato sobre las actividades desarrolladas con los soportes correspondientes. 10) Custodiar los documentos e información que por razón de sus actividades produzca o acceda, así como evitar su sustracción, o mal uso. 11) Conservar la información que le ha sido encomendada y cuidar que sea utilizada debidamente, según el propósito con el que fue creada. 12) Dar un debido uso de los útiles, equipos, muebles y bienes confiados por el ICBF durante la vigencia de su contrato y restituirlos a la finalización del mismo. 13) Cumplir con las demás instrucciones que le sean impartidas por el supervisor del contrato, que se deriven de la ley o el reglamento que tengan relación con la naturaleza del contrato con calidad, oportunidad y pertinencia. PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA manifiesta conocer la naturaleza de las actividades contractuales por desarrollar, las normas legales

	del ICBF, política que incluye todas las normas internas sobre el uso de los recursos ambientales y públicos como el agua y la energía, racionamiento de papel, normas sobre parqueaderos y manejo de desechos residuales 16) Entregar el inventario de objetos de trabajo asignado, completo y en las mismas condiciones en que sea entregado al momento de la asignación del mismo 17) Apoyar la digitalización, sistematización de información, trascripción de correspondencia, manejo de archivo y las actividades inherentes al proceso de información y documentación de las Defensorías de Familia asignadas por la Regional Huila Centro Zonal La Plata. 18) Depurar el Sistema de Información Misional, para registrar todas las actuaciones y documentos que reposan en la historia de atención de los niños, niñas y adolescentes con proceso administrativo de restablecimiento de derechos. 19) Apoyar el registro en el Sistema de Información Misional del ICBF, de los nuevos procesos administrativos de restablecimiento de derechos que aperturen las Defensorías de Familia asignadas. 20) Apoyar las funciones de archivo y tabla de retención documental. 21) Registrar los contratos de aporte y tipo acta de los operadores para los servicios de protección en el módulo Unidades de Servicio del SIM. 22) Digitar la información que le sea solicitada para la construcción de bases de datos que se requiera en la Defensoría de Familia.		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 12.089.700		
VALOR ADICION	$ 3.181.500		
VALOR DISMINUCION.	$ 0		
VALOR TOTAL	$ 15.271.200		
PLAZO INICIAL	05 meses y 21 días		
JEFE INMEDIATO	COORDINADORA CENTRO ZONAL LA PLATA		
FECHA DE INICIO	**DÍA: 10**	**MES: 01**	**AÑO: 2017**
FECHA DE TERMINACIÓN	**DÍA: 15**	**MES: 08**	**AÑO: 2017**
FECHA DE LIQUIDACIÓN	**DÍA: 14**	**MES: 12**	**AÑO: 2017**
FECHA DE EXPEDICIÓN	**DÍA: 08**	**MES: 03**	**AÑO: 2018**

LYLIANA OME CANO

Elaboro: Jose A. Perdomo A.

LA **SUSCRITA COORDINADORA DE LA OFICINA JURIDICA DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS REGIONAL HUILA CERTIFICA:**

NÚMERO DE CONTRATO	277 de 2017
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	**MERCEDES TORRES MOMPOTES**
NIT DE CONTRATISTA	36.384.928
FECHA DE SUSCRIPCIÓN CONTRATO:	22 de agosto de 2017
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO PARA EL ÁREA DE PROTECCIÓN EN LOS GRUPOS DE ASISTENCIA TÉCNICA O GRUPOS DE PROTECCIÓN SEGÚN CORRESPONDA, RELACIONADOS CON EL REGISTRO DE INFORMACIÓN EN APLICATIVOS, GESTIÓN DOCUMENTAL Y ELABORACIÓN DE REPORTES, CON EL FIN DE CONTRIBUIR AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS Y PROPÓSITOS INSTITUCIONALES
OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA	El contratista bajo su plena responsabilidad y autonomía y en cumplimiento del objeto descrito, cumplirá con las siguientes actividades: 23) Desarrollar actividades previstas a través de la Defensoría. 24) Sistematizar actuaciones en los aplicativos correspondientes y contribuir al mantenimiento adecuado del archivo de cada Defensoría. 25) Ubicar y archivar adecuadamente las HISF manejadas por reparto en la Defensoría respectiva. 26) Apoyar a la Defensoría y su equipo en la elaboración de informes relacionados con los procesos atendidos y solicitados por el nivel Regional y Zonal. 27) Asistir y participar en los GET zonales y de las Defensorías de acuerdo a programación establecida por el centro zonal. 28) Sostener una relación cálida y respetuosa con quienes soliciten nuestros servicios y con los servidores públicos del ICBF que permita la efectiva realización de acciones en los diferentes programas. 29) Realizar desplazamientos fuera del centro zonal que sean necesarios, reconociéndosele el respectivo pago de viáticos y gastos de viaje , para lo cual se cuenta con la aceptación del contratista 30) Presentar mensualmente los recibos de pago al sistema de seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales). 31) Presentar al supervisor del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la terminación del mismo, informe final del contrato sobre las actividades desarrolladas con los soportes correspondientes. 32) Custodiar los documentos e información que por razón de sus actividades produzca o acceda, así como evitar su sustracción, o mal uso. 33) Conservar la información que le ha sido encomendada y cuidar que sea utilizada debidamente, según el propósito con el que fue creada. 34) Dar un debido uso de los útiles, equipos, muebles y bienes confiados por el ICBF durante la vigencia de su contrato y restituirlos a la finalización del mismo. 35) Cumplir con las demás instrucciones que le sean impartidas por el supervisor del contrato, que se deriven de la ley o el reglamento que tengan relación con la naturaleza del contrato con calidad, oportunidad y pertinencia. PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA manifiesta conocer la naturaleza de las

	37) EL CONTRATISTA debe respetar la política medioambiental del ICBF, política que incluye todas las normas internas sobre el uso de los recursos ambientales y públicos, como el agua y la energía, racionamiento de papel, normas sobre parqueaderos y manejo de desechos residuales 38) Entregar el inventario de objetos de trabajo asignado, completo y en las mismas condiciones en que sea entregado al momento de la asignación del mismo. 39) Apoyar la digitalización, sistematización de información, trascripción de correspondencia, manejo de archivo y las actividades inherentes al proceso de información y documentación de las Defensorías de Familia asignadas por la Regional Huila Centro Zonal La Plata . 40) Depurar el Sistema de Información Misional, para registrar todas las actuaciones y documentos que reposan en la historia de atención de los niños, niñas y adolescentes con proceso administrativo de restablecimiento de derechos. 41) Apoyar el registro en el Sistema de Información Misional del ICBF, de los nuevos procesos administrativos de restablecimiento de derechos que aperturen las Defensorías de Familia asignadas. 42) Apoyar las funciones de archivo y tabla de retención documental. 43) Registrar los contratos de aporte y tipo acta de los operadores para los servicios de protección en el módulo Unidades de Servicio del SIM. 44) Digitar la información que le sea solicitada para la construcción de bases de datos que se requiera en la Defensoría de Familia.		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.049.600		
VALOR ADICION	$ 0		
VALOR DISMINUCION.	$ 0		
VALOR TOTAL	$ 9.049.600		
PLAZO INICIAL	128 días		
JEFE INMEDIATO	COORDINADORA CENTRO ZONAL LA PLATA		
FECHA DE INICIO	**DÍA: 22**	**MES: 08**	**AÑO: 2017**
FECHA DE TERMINACIÓN	**DÍA: 29**	**MES: 12**	**AÑO: 2017**
FECHA DE LIQUIDACIÓN	**DÍA: 28**	**MES: 02**	**AÑO: 2017**
FECHA DE EXPEDICIÓN	**DÍA: 20**	**MES: 11**	**AÑO: 2018**
LYLIANA OME CANO			
Elabora: Jose A. Perdomo A			

EL SUSCRITO COORDINADOR DE LA OFICINA JURIDICA DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS REGIONAL HUILA
CERTIFICA:

NÚMERO DE CONTRATO	**122 de 2018**
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	**MERCEDES TORRES MOMPOTES**
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN
NIT DE CONTRATISTA	36.384.928
FECHA DE SUSCRIPCIÓN CONTRATO:	26 de enero de 2018
LUGAR DE EJECUCION	La Plata Huila
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA DEFENSORIA DE FAMILIA, EN EL ARCHIVO DE LAS HISTORIAS DE ATENCIÓN Y EL REGISTRO EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL, DE LAS ACTUACIONES REALIZADAS DENTRO DE LOS TRÁMITES Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS
OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA	1. Apoyar el archivo de las historias de atención de los niños, niñas y adolescentes, de acuerdo con las normas de gestión documental, y de todos los documentos inherentes a los trámites de restablecimiento de derechos de la(s) defensoría(s) de familia que le sea(n) asignada(s). 2. Apoyar en la digitación y el cargue de la información que reposa en las historias de atención de los niños, niñas y adolescentes en el sistema de información misional del ICBF-SIM, de acuerdo con la organización de la(s) Defensoría(s) de Familia. 3. Apoyar la construcción de bases de datos con la digitación de información que sea solicitada.

	4. Apoyar a los integrantes de las Defensorías de Familia en las actividades de gestión que se requieren en el desarrollo de sus funciones. 5. Desarrollar actividades previstas a través de la Defensoría. 6. Sistematizar actuaciones en los aplicativos correspondientes y contribuir al mantenimiento adecuado del archivo de cada Defensoría 7. Ubicar y archivar adecuadamente las HISF manejadas por reparto en la Defensoría respectiva 8. Apoyar a la Defensoría y su equipo en la elaboración de informes relacionados con los procesos atendidos y solicitados por el nivel Regional y Zonal 9. Asistir y participar en los GET zonales y de las Defensorías de acuerdo a programación establecida por el centro zonal 10. Sostener una relación cálida y respetuosa con quienes soliciten nuestros servicios y con los servidores públicos del ICBF que permita la efectiva realización de acciones en los diferentes programas. 11. Realizar desplazamientos fuera del centro zonal que sean necesarios, reconociéndosele el respectivo pago de viáticos y gastos de viaje , para lo cual se cuenta con la aceptación del contratista 12. Presentar mensualmente los recibos de pago al sistema de seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales. 13. Presentar al supervisor del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la terminación del mismo, informe final del contrato sobre las actividades desarrolladas con los soportes correspondientes.

	14. Custodiar los documentos e información que por razón de sus actividades produzca o acceda, así como evitar su sustracción, o mal uso. 15. Conservar la información que le ha sido encomendada y cuidar que sea utilizada debidamente, según el propósito con el que fue creada. 16. Dar un debido uso de los útiles, equipos, muebles y bienes confiados por el ICBF durante la vigencia de su contrato y restituirlos a la finalización del mismo. 17. Cumplir con las demás instrucciones que le sean impartidas por el supervisor del contrato, que se deriven de la ley o el reglamento que tengan relación con la naturaleza del contrato con calidad, oportunidad y pertinencia. **PARÁGRAFO: EL CONTRATISTA** manifiesta conocer la naturaleza de las actividades contractuales por desarrollar, las normas legales que le son propias, los plazos y costos requeridos para ejecutar el objeto contractual; todo lo cual queda bajo su responsabilidad.		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 17.150.000		
VALOR ADICION	$ 2.000.833		
VALOR DISMINUCION.	$ 0		
VALOR TOTAL	$ 19.150.833		
PLAZO INICIAL	11 meses, y 5 días		
FECHA DE INICIO	**DÍA: 26**	**MES: 01**	**AÑO: 2018**
FECHA DE TERMINACIÓN	**DÍA: 31**	**MES: 12**	**AÑO: 2018**
FECHA DE LIQUIDACIÓN	**DÍA: N/A**	**MES: N/A**	**AÑO: N/A**
FECHA DE EXPEDICIÓN	**DÍA: 26**	**MES: 10**	**AÑO: 2021**

CARLOS ARBEY CABRERA HERNANDEZ
Coordinador Grupo Jurídico

Elaboro: Ligia Lucumi U

EL SUSCRITO COORDINADOR DE LA OFICINA JURIDICA DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS REGIONAL HUILA
CERTIFICA:

NÚMERO DE CONTRATO	**176 de 2019**
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	**MERCEDES TORRES MOMPOTES**
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN
NIT DE CONTRATISTA	36.384.928
FECHA DE SUSCRIPCIÓN CONTRATO:	31 de enero de 2019
LUGAR DE EJECUCION	La Plata Huila
OBJETO	PRESTAR SERVICIO DE APOYO AL GESTION A LA DEFENSORIA DE FAMILIA EN EL ARCHIVO DE LAS HISTORIAS DE ATENCION Y EL REGISTRO EN EL SISTEMA DE INFORMACION MISIONAL DE LAS ACTUACIONES REALIZADAS DENTRO DE LOS TRAMITES Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS
OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA	1. Apoyar el archivo de la documentación que debe reposar en las historias de atención de los niños, niñas y adolescentes. 2. poyar en la digitación y el cargue de la información que reposa en las historias de atención de los niños, niñas y adolescentes en el sistema de información misional del ICBF-SIM, de acuerdo con la organización de la(s) Defensoría(s) de Familia. 3. Apoyar la construcción de bases de datos con la digitación de información que sea solicitada por parte de la Defensoría de Familia 4. Apoyar a los integrantes de las Defensorías de Familia en las actividades de gestión que se requieren en el desarrollo de sus funciones 5. Cumplir con las demás asignadas por el supervisor en virtud del objeto contractual. 6. Apoyar a la Defensoría y su equipo en la elaboración de informes relacionados con los procesos atendidos y solicitados por el nivel Regional y Zonal

	7. Asistir y participar en los GET zonales y de las Defensorías de acuerdo a programación establecida por el centro zonal. 8. Apoyar la digitalización, sistematización de información, trascripción de correspondencia, manejo de archivo y las actividades inherentes al proceso de información y documentación de las Defensorías de Familia asignadas por la Regional Huila Centro Zonal La Plata. 9. Depurar el Sistema de Información Misional, para registrar todas las actuaciones y documentos que reposan en la historia de atención de los niños, niñas y adolescentes con proceso administrativo de restablecimiento de derechos. 10. Apoyar las funciones de archivo y tabla de retención documental. 11. Registrar los contratos de aporte y tipo acta de los operadores para los servicios de protección en el módulo Unidades de Servicio del SIM. 12.		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 19.551.067		
VALOR ADICION	$ 0		
VALOR DISMINUCION.	$ 0		
VALOR TOTAL	$ 19.551.067		
PLAZO INICIAL	11 meses, y 1 día		
FECHA DE INICIO	**DÍA: 31**	**MES: 01**	**AÑO: 2019**
FECHA DE TERMINACIÓN	**DÍA: 31**	**MES: 12**	**AÑO: 2019**
FECHA DE LIQUIDACIÓN	**DÍA: N/A**	**MES: N/A**	**AÑO: N/A**
FECHA DE EXPEDICIÓN	**DÍA: 26**	**MES: 10**	**AÑO: 2021**

CARLOS ARBEY CABRERA HERNANDEZ
Coordinador Grupo Jurídico

Elaboro: Ligia Lucumi U

EL SUSCRITO COORDINADOR DE LA OFICINA JURIDICA DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS REGIONAL HUILA
CERTIFICA:

NÚMERO DE CONTRATO	**061 de 2020**
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA	**MERCEDES TORRES MOMPOTES**
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN
NIT DE CONTRATISTA	36.384.928
FECHA DE SUSCRIPCIÓN CONTRATO:	20 de enero de 2020
LUGAR DE EJECUCION	La Plata Huila
OBJETO	PRESTAR SERVICIO DE APOYO AL GESTION A LA DEFENSORIA DE FAMILIA EN EL ARCHIVO DE LAS HISTORIAS DE ATENCION Y EL REGISTRO EN EL SISTEMA DE INFORMACION MISIONAL DE LAS ACTUACIONES REALIZADAS DENTRO DE LOS TRAMITES Y PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS
OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA	1. Apoyar el archivo de la documentación que debe reposar en las historias de atención de los niños, niñas y adolescentes. 2. poyar en la digitación y el cargue de la información que reposa en las historias de atención de los niños, niñas y adolescentes en el sistema de información misional del ICBF-SIM, de acuerdo con la organización de la(s) Defensoría(s) de Familia. 3. Apoyar la construcción de bases de datos con la digitación de información que sea solicitada por parte de la Defensoria de Familia 4. Apoyar a los integrantes de las Defensorías de Familia en las actividades de gestión que se requieren en el desarrollo de sus funciones 5. Cumplir con las demás asignadas por el supervisor en virtud del objeto contractual. 6. Apoyar a la Defensoria y su equipo en la elaboración de informes relacionados con los procesos atendidos y solicitados por el nivel Regional y Zonal.

	7. Asistir y participar en los GET zonales y de las Defensorías de acuerdo a programación establecida por el centro zonal. 8. Apoyar la digitalización, sistematización de información, trascripción de correspondencia, manejo de archivo y las actividades inherentes al proceso de información y documentación de las Defensorías de Familia asignadas por la Regional Huila Centro Zonal La Plata. 9. Depurar el Sistema de Información Misional, para registrar todas las actuaciones y documentos que reposan en la historia de atención de los niños, niñas y adolescentes con proceso administrativo de restablecimiento de derechos. 10. Apoyar las funciones de archivo y tabla de retención documental. 11. Registrar los contratos de aporte y tipo acta de los operadores para los servicios de protección en el módulo Unidades de Servicio del SIM.		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 17.339.020		
VALOR ADICION	$ 3.406.965		
VALOR DISMINUCION.	$ 0		
VALOR TOTAL	$ 20.745.985		
PLAZO INICIAL	11 meses, y 11 días		
FECHA DE INICIO	**DÍA: 20**	**MES: 01**	**AÑO: 2020**
FECHA DE TERMINACIÓN	**DÍA: 31**	**MES: 12**	**AÑO: 2020**
FECHA DE LIQUIDACIÓN	**DÍA: N/A**	**MES: N/A**	**AÑO: N/A**
FECHA DE EXPEDICIÓN	**DÍA: 26**	**MES: 10**	**AÑO: 2021**

CARLOS ARBEY CABRERA HERNANDEZ
Coordinador Grupo Jurídico

Elaboro: Ligia Lucumi U

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS REGIONAL HUILA CENTRO ZONAL LA PLATA

CERTIFICA:

NUMERO DEL CONTRATO	41000052021
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MERCEDES TORRES MONPOTES
NIT DEL CONTRATISTA	**36.384.928**
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA DEFENSORIA DE FAMILIA, EN EL ARCHIVO DE LAS HISTORIAS DE ATENCIÓN Y EL REGISTRO EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN MISIONAL, DE LAS ACTUACIONES REALIZADAS DENTRO DE LOS TRÁMITES ADMINISTRATIVOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS.
FECHA SUSCRIPCIÓN	14 de Enero del 2021
OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA	1) Apoyar el archivo de la documentación que debe reposar en las historias de atención de los niños, niñas y adolescentes. 2) Apoyar en la digitación y el cargue de la información que reposa en las historias de atención de los niños, niñas y adolescentes en el sistema de información misional del ICBF-SIM, de acuerdo con la organización de la(s) Defensoría(s) de Familia. 3) Apoyar la construcción de bases de datos con la digitación de información que sea solicitada por parte de la Defensoría de Familia. 4) Apoyar a los integrantes de las Defensorías de Familia en las actividades de gestión que se requieren en el desarrollo de sus funciones. 5) Cumplir con las demás asignadas por el supervisor en virtud del objeto contractual. 6) Apoyar a la Defensoría y su equipo en la elaboración de informes relacionados con los procesos atendidos y solicitados por el nivel Regional y Zonal. 7) Asistir y participar en los GET zonales y de las Defensorías de acuerdo a programación establecida por el centro zonal. 8) Apoyar la digitalización, sistematización de información, trascripción de correspondencia, manejo de archivo y las actividades inherentes al proceso de

información y documentación de las Defensorías de Familia asignadas por la Regional Huila Centro Zonal La Plata.

9) Depurar el Sistema de Información Misional, para registrar todas las actuaciones y documentos que reposan en la historia de atención de los niños, niñas y adolescentes con proceso administrativo de restablecimiento de derechos.

10) Apoyar las funciones de archivo y tabla de retención documental.

11) Registrar los contratos de aporte y tipo acta de los operadores para los servicios de protección en el módulo Unidades de Servicio del SIM.

EXPERIENCIA LABORAL

PERFIL O NOMBRE DE LA PERSONA JURIDICA					
EMPRESA	DESDE	HASTA	EXPERIENCIA		OBSERVACIONES
			MESES	DIAS	
ICBF – CENTRO ZONAL LA PLATA	10/01/2017	15/08/2017	6	35	
ICBF – CENTRO ZONAL LA PLATA	26/01/2018	31/12/2018	11	4	
ICBF – CENTRO ZONAL LA PLATA	31/01/2019	31/12/2019	11	1	
ICBF – CENTRO ZONAL LA PLATA	20/01/2020	31/12/2020	11	10	
TOTAL			39	50	EXPERIENCIA TOTAL POR 40 MESES Y 20 DIAS.

FECHA DE LEGALIZACION	14 de Enero 2021					
VALOR INICIAL	**$20.350.000,00 (VEINTE MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE)**					
ADICION (ES)	**SI:**		**NO:**		**VALOR**	
VALOR FINAL DEL CONTRATO	**$20.350.000,00 (VEINTE MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE)**					
PLAZO INICIAL	12 de Diciembre del 2021					
PRORROGAS	**SI:**	X	**NO:**		**TIEMPO**	
PLAZO TOTAL	**Once (11) meses .**					

FECHA DE TERMINACION	DIA: 12	MES: Diciembre	AÑO: 2021
ESTADO	EL CONTRATO SE EJECUTO		
CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO A LA FECHA	El Contrato esta en ejecución .		
FECHA DE EXPEDICION	La Plata, 12 de Noviembre del 2021.		

SUPERVISOR DEL CONTRATO

NOTA:

Elaboró: Maria Patricia Montoya
Revisó: Claudia Liliana Vidal Floriano
Aprobó: Claudia Liliana Vidal Floriano

NIT: 899.999.239-2

LA COORDINADORA DEL GRUPO ADMINISTRATIVO DE LA REGIONAL ICBF HUILA

CERTIFICA:

Que la servidora pública, **MERCEDES TORRES MONPOTES,** identificada con la cédula de ciudadanía No. 36.384.928, presta sus servicios en esta Entidad desde el 14 de enero del año 2022 y desempeña el cargo de Auxiliar Administrativo, Código 4044 Grado 15, de la Planta Global de Personal del ICBF asignada a la Regional Huila, ubicada en el Centro Zonal La Plata, con una asignación básica mensual de dos millones diez mil ochocientos noventa y cuatro pesos **($2.010.894,oo)** MCTE.

FUNCIONES DEL CARGO

- Facilitar el servicio a los usuarios internos y externos de acuerdo con las políticas del Instituto.
- Apoyar el procesamiento de la información relacionada con la gestión de la dependencia, teniendo en cuenta parámetros establecidos
- Realizar la clasificación, trámite y archivo de la correspondencia y documentos de la dependencia, de acuerdo con las indicaciones establecidas.
- Desarrollar las actividades asistenciales propias del área, que le sean asignadas, de acuerdo con requerimientos establecidos y según procedimientos.
- Las demás funciones que sean asignadas por la autoridad competente y que tengan relación directa con la naturaleza del cargo y el área de desempeño.

Que la funcionaria, **MERCEDES TORRES MONPOTES**, se encuentra vinculada en Carrera Administrativa, cumpliendo la jornada laboral del ICBF Regional Huila, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. en jornada continua.

Se expide en Neiva, a solicitud del interesado, a los once (11) días del mes de julio del año 2023.

NUBIA VARGAS TRIVIÑO
Coordinadora Grupo Administrativo

proyectó Ginna Marcela Lozano Ortiz - Grupo Administrativo

NIT: 899.999.239-2

LA COORDINADORA DEL GRUPO ADMINISTRATIVO DE LA REGIONAL ICBF HUILA

CERTIFICA:

Que la señora, **MERCEDES TORRES MOMPOTES,** identificada con la cédula de ciudadanía No. 36.384.928, prestó sus servicios a esta Entidad desde el 14 de enero del año 2022 y hasta el 06 de mayo de 2024, desempeñó el cargo de Auxiliar Administrativo, Código 4044 Grado 17, de la Planta Global de Personal del ICBF asignada a la Regional Huila, ubicada en el Centro Zonal La Plata, con una asignación básica mensual de Dos Millones Trescientos Setenta y Siete Mil Novecientos Noventa y Ocho Pesos (**$2.377.998,oo**) MCTE.

Que la funcionaria, **MERCEDES TORRES MOMPOTES**, se encontraba vinculada en nombramiento provisional, su terminación laboral se dio debido a la Convocatoria No.2149 de 2021, concurso de méritos.

Se expide en la ciudad de Neiva, a los ocho (08) días del mes de mayo de 2024, a solicitud del interesado.

NUBIA VARGAS TRIVIÑO
Coordinadora Grupo Administrativo

Proyectó Luz Marina Alarcón Lozano - Grupo Administrativo

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **36.384.928**

TORRES MOMPOTES
APELLIDOS

MERCEDES
NOMBRES

Mercedes Torres M.
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **24-SEP-1981**
LA PLATA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53	O+	F
ESTATURA	G.S RH	SEXO

25-NOV-1999 LA PLATA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

A-1904900-50149131-F-0036384928-20060629 **02534** 06180A 02 187617286

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 247207090

PIB
20:46:45
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 17 de mayo del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MERCEDES TORRES MOMPOTES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 36384928:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 17 de mayo de 2024, a las 20:49:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	36384928
Código de Verificación	36384928240517204912

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:34:57 PM horas del 30/05/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **36384928**

Apellidos y Nombres: **TORRES MOMPOTES MERCEDES**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 30/05/2024 05:34:24 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **36384928 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **93247850** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14719928884

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 36384928 | 8

6. DV

12. Dirección seccional: Neiva

13. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	36384928	1999/11/25

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Huila 41	La Plata 396

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TORRES	MOMPOTES	MERCEDES	

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Huila 41	La Plata 396

41. Dirección principal: CR 5 E 1 85

42. Correo electrónico: meroeditastores24@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3103873507

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8211	2009/11/09					4123	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 49

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 | 2 | 3 | 57. Modo | 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2020-10-29 14:36:30

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT) deberá ser exacta y veraz, en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	36384928
NOMBRES	MERCEDES
APELLIDOS	TORRES MOMPOTES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	LA PLATA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/12/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	05/30/2024 16:42:39	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	MERCEDES TORRES MOMPOTES
IDENTIFICACIÓN:	CC-36384928
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	12
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	SONIA
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-05-30
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-06-11
PERÍODO PENSIÓN:	2024-05
PERÍODO SALUD:	2024-05
NÚMERO PLANILLA:	8630837319
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8655545148
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.040.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 130.000	$ 130.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.040.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 166.400	$ 166.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.040.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.500	$ 5.500
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 301.900	$ 301.900

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	08/07/2024

Servicios Integrales De Salud
Su salud Primero

Nit. 900604369-1
Cel. 312 724 8808 - 310 273 1165
Carrera 9 N°2A- 33 - La Plata
serviciosintegralesdesaludips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 33.604

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	05 MES	2024 AÑO	LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO)

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

FUNDACION YO TE CUIDO

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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
TORRES MOMPOTES MERCEDES	FEMENINO	42 AÑOS 8 MESES 5 DÍAS	CC (Tipo)	36384928 (Numero)

Cargo
AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
EL EXAMEN MÉDICO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE NO DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
NO MOVILIZAR PESO MAYOR A 5 KG, NO DESPLAZAMIENTOS PROLONGADOS POR TERRENOS IRREGULARES	TEMPORAL	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : APROBADO VISUAL, CON USO DE CORRECCION OPTICA PARA LABORAR EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE CARDIOVASCULAR	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN : ERGONOMIA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R. M.: 1384/2006 **L.S.O.:** 1376/2021

Código de Seguridad
O631U1A33604

Aspirante o Trabajador

Mercedes Tor

Firma:

Nombre: TORRES MOMPOTES MERCEDES

CC: 36384928

El(la) suscrito(a) Mercedes Torres Mompotes, identificado con C.C. No. 36.384.928 expedida en La Plata Huila, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras – ICBF con NIT. 899.999.239-2, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.icbf.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de La Plata Huila el día 01 de junio de 2024.

Firma Mercedes Torres M
Nombre: Mercedes Torres Mompotes
Cédula 36.384.928 de La Plata Huila

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MERCEDES TORRES MOMPOTES, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 36.384.928 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 398320374, abierta/o desde el 18/2/2021.

Se expide en Bogotá el día 19 del mes de Mayo del año 2024 con destino a: Fondo Nacional del ahorro



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Cel. 3123934188

Nombre del cargo:	Auxiliar administrativo
Dependencia:	Modalidad Hogar Sustituto

Perfil del Cargo: Debe tener título de bachiller y experiencia de seis (06) meses, relacionada con el área administrativa. Es la persona encargada de apoyar la gestión diaria administrativa de la modalidad; entre sus funciones estará el manejo de la información de dotaciones de cada una de las niñas, los niños y los adolescentes ubicados en la modalidad

Funciones del Cargo:

1. Atender con calidad, calidez, ética y transparencia a los usuarios y madres de la modalidad hogar sustituto.
2. Recuperar y administrar la documentación pendiente.
3. Elaborar actas de entrega de dotación.
4. Hacer seguimiento al estricto cumplimiento del envío de los documentos requeridos a los centros zonales y Defensorías de Familias.
5. Mantener comunicación continua tanto con el talento humano de la modalidad.
6. Revisar permanente los Correos Electrónicos Institucionales a los que se le dé acceso, verificar, tramitar y responder las solicitudes requeridas.
7. Salvaguardar y velar por el cuidado de la información que se maneja en la modalidad Hogar Sustituto
8. Mantener la confidencialidad de la información suministrada a la Fundación en desarrollo del proceso de atención.
9. Apoyar y trabajar de manera articulada con la coordinación de la Fundación Social Yo te Cuido
10. Realizar entrega de dotación a los beneficiarios de la modalidad, siguiendo los protocolos y especificaciones establecidas para tal fin el el Manual operativo modalidad de acogimiento familiar hogar sustituto v2.
11. Las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo a su perfil y el requerimiento del supervisor del contrato.

Formación Académica: Bachiller, técnico o tecnólogo	**Experiencia:** Debe contar con mínimo seis (06) meses de experiencia relacionada con el área administrativa.
Competencias Esenciales: • Capacidad de análisis. • Capacidad de comunicación • Responsabilidad. • Puntualidad. • Confidencialidad en la información. • Asertividad y comunicación.	**Competencias funcionales:** • Seguimiento en las actividades que se programen con el fin de dar cumplimiento a los cronogramas pactados en el PIYC. • Capacidad de trabajar en equipo. • Clasificar documentos, carpetas y otros. • Ordenar documentos, carpetas y otros. • Elaboración y/o presentación de informes. • Manejo de información confidencial. • Habilidades para elaborar actas, informes y manejo de Word y Excel.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

CÓDIGO ÉTICO DE LA MODALIDAD HOGAR SUSTITUTO

Las personas que proporcionamos atención y cuidado o trabajamos directa o indirectamente (sin importar el tipo de vinculación) con los niños, las niñas y adolescentes; o, venimos a realizar una actividad permanente o temporal en las instalaciones de LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO – MODALIDAD DE ACOGIMIENTO FAMILIAR – HOGAR SUSTITUTO, en atención a los estándares internacionales de protección de los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes establecidos entre otros, en la Convención de los Derechos del Niño [niñas y adolescentes], el Código de la Infancia y la Adolescencia – Ley 1098 de 2006 y a la Ley 2089 de 2021123 y demás normativa y jurisprudencia internacional y nacional: Nos comprometemos dentro y fuera de este operador a:

1. Mantener los más altos niveles de rendición de cuentas, eficiencia, competencia, integridad y transparencia en la prestación del servicio en el marco de las acciones de restablecimiento de derechos adelantadas a favor de niños, niñas y adolescentes; o, por las cuales se dio mi vinculación con el operador.
2. Asumir un rol de consideración y respeto hacia los niños, las niñas y adolescentes como sujetos de derechos y exigirlo de igual manera a quienes estén en interacción con ellos y ellas.
3. Respetar la privacidad y el derecho a la intimidad de los niños, las niñas y adolescentes
4. Compartir con los niños, las niñas y los adolescentes, actividades en el marco del respeto, la confianza, la empatía y el buen trato.
5. Garantizar a los niños, las niñas y los adolescentes, la atención y cuidados necesarios para su desarrollo integral, tanto físico como cognitivo, relacional, emocional, espiritual y ético de acuerdo con el proceso de atención establecido para cada modalidad.
6. Prevenir la ocurrencia de situaciones violencia, discriminación, explotación, estigmatización o cualquier acción u omisión que atente contra los derechos fundamentales de los niños, las niñas y los adolescentes; y, abstenerse de realizar comportamientos o expresiones de discriminación, rechazo, indiferencia u otros tratos que afecten la salud mental, emocional o física de los niños, las niñas y los adolescentes.
7. Velar por la identificación oportuna de situaciones que pongan en riesgo la vida e integridad física, mental, emocional y sexual de los niños, las niñas y adolescentes a su cargo, durante el tiempo que estén bajo su cuidado y responsabilidad, poniendo en conocimiento inmediato de las mismas para adelantar prontas intervenciones.
8. Tener respeto y reserva por la historia de vida de los niños, las niñas y adolescentes a cargo, sin explorar sobre la misma o pretender profundizar en información específica, que esté por fuera de aportar al restablecimiento de derechos y que no obedezca a su interés superior. La información consignada en estas historias es de carácter restringido y se debe mantener bajo absoluta reserva y confidencialidad.
9. Cuidar directamente a los niños, las niñas y los adolescentes, sin delegar su atención, o dejarlos a cargo de personas que no hagan parte de la modalidad o servicio de atención, a menos que esté debidamente autorizado

a. por la autoridad administrativa a cargo del caso. Con respecto al trato con los niños y las niñas nunca será aceptable: a. Discriminar por etnia, sexo, género, estrato social, religión, orientación sexual, discapacidad, pertenencia étnica, nacionalidad, afiliación política; o, por cualquier otra condición a niños, niñas o adolescentes.
b. Imponer sanciones o castigos que atenten contra la integridad física o mental y el desarrollo de la personalidad de niños, niñas y adolescentes, especialmente aquellos que constituyan tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes; incluidas las medidas de aislamiento, incomunicación con sus familiares, redes vinculares y/o comunidades étnicas; o, cualesquiera otras formas de violencia física o psicológica que puedan poner en peligro la salud física o mental de conformidad con las normas internacionales de derechos humanos.
c. Hacer uso de la fuerza o medidas de coerción de cualquier tipo o actos de violencia física, verbal, psicológica, sexual o negligencia en el cuidado de los niños, las niñas o los adolescentes.
d. Privar total o parcialmente de alimentos o retardo en los horarios de comida a los niños, las niñas y adolescentes que se tienen bajo su responsabilidad o cuidado.
e. Utilizar en la preparación de los alimentos ingredientes que, previos estudios técnicos, el ICBF o autoridad administrativa considere como nocivos para la salud de los niños, las niñas o los adolescentes.
f. No administrar, o administrar parcialmente, modificar las dosis, vía y horarios de los medicamentos que han sido ordenados por el médico tratante al niño, niña o adolescente; Suministrar medicamentos vencidos o que no hayan sido formulados por un médico autorizado para el ejercicio de la profesión.
g. No realizar las gestiones necesarias y pertinentes en la prestación oportuna del servicio de salud cuando lo requiera un niño, una niña o un adolescente bajo su responsabilidad o cuidado
h. Negar la provisión de dotación personal (cama, colchón, ropa de cama, vestuario, elementos de aseo, material pedagógico o lúdico deportivo, o dotación de acuerdo con las prácticas culturales de los grupos étnicos) a los niños, las niñas o adolescentes bajo su responsabilidad o cuidado; o, suministrar dotación inadecuada o en malas condiciones para su uso.
i. Excluir a los niños, las niñas o adolescentes de las estrategias de formación académica, de capacitación o recreación, por razones de raza, género, orientación sexual, discapacidad o cualquier otra situación de discriminación.
j. Negar el derecho a las visitas o a la comunicación de los niños, las niñas y los adolescentes, con la familia o red vincular de apoyo, autoridades tradicionales, excepto en casos en los cuales la autoridad administrativa competente lo haya determinado de manera justificada.
k. Permisividad y tolerancia frente a actos de acoso y/o violencia entre los niños, las niñas y los adolescentes, que interactúan en las diferentes modalidades.

l. Ejercer violencia sexual en contra de una niña, niño o adolescente de manera física o virtual.
m. Sostener relaciones afectivas y/o sexuales con las y los adolescentes mayores de 14 años dentro o fuera del hogar sustituto o institución. Tales relaciones están radicalmente desalentadas pues radican en relaciones de poder fehacientemente desiguales y socavan la credibilidad en la prestación del servicio, configurándose de igual manera en hechos de violencia susceptibles de denuncias penales. No será excusa la creencia equivocada con respecto a la edad de un niño, niña o adolescente.
n. Ofrecer dinero, empleo, productos o servicios a cambio de relaciones sexuales, incluidos favores sexuales u otras formas de comportamiento humillante, explotador o degradante. Esta prohibición abarca las invitaciones dentro o fuera del hogar sustituto o institución a sostener relaciones sexuales con personas que ejercen la prostitución.
o. Obtener, distribuir o utilizar materiales pornográficos dentro o fuera del hogar sustituto o institución, lo que incluye la visita de sitios web pornográficos, así como el envío de mensajes pornográficos vía virtual o telefónica.
p. Omitir deliberadamente la denuncia o comunicación de actos de violencia sexual hacia los niños, niñas o adolescentes ante la autoridad o autoridades competentes. Igualmente, el no realizar ninguna acción para proteger a los niños, niñas o adolescentes frente a tales vulneraciones de derechos.
q. Utilizar a los niños, las niñas o adolescentes con fines de explotación económica o en trabajos que atenten contra su salud física y emocional o su integridad personal.
r. Tolerar o tener comportamientos ilegales o peligrosos con niños, niñas o adolescentes, entre otras, consumir sustancias psicoactivas, fumar, beber alcohol.
s. Ocultar información sobre cargos penales o condenas relevantes que puedan interferir en la capacidad para cumplir las obligaciones establecidas.
t. Incumplir las normas de seguridad y prevención de desastres o de cualquier riesgo para la salud y la integridad de los niños, las niñas o los adolescentes.
u. Incumplir las normas de seguridad en el transporte de los niños, las niñas o los adolescentes, de acuerdo con lo estipulado en el Código de Tránsito y demás normas relacionadas con el transporte escolar.
v. Dar egreso del proceso de atención o suspender la atención de los niños, las niñas o los adolescentes, sin la autorización de la autoridad administrativa encargada del caso.
w. Ocultar, demorar o entregar parcialmente al ICBF la información sobre los niños, las niñas o adolescentes, que eventualmente dieran lugar a un cambio de medida o toma de decisiones importantes en el marco del proceso de atención.

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

Serán acciones prioritarias frente a estas situaciones:

- Dar traslado inmediato a quienes ejerzan la coordinación de las modalidades y servicio, la supervisión de los contratos de aporte y demás personas de quien se espera que emprenderán con prontitud acciones de intervención.
- Garantizar que toda información, sea canalizada correctamente y tratada con la mayor confidencialidad
- Presentar las acciones disciplinares, penales o administrativas respectivas.
- Considerar como una infracción al Código Ético, las acusaciones que se informen cuando estas faltan a la verdad, las cuales estarán sujetas a medidas disciplinarias a discreción de quienes tienen las competencias decisorias respectivas.

DECLARACIÓN

Yo Mercedes Torres Hompotes, identificado(a) con _____(tipo de documento de identificación) No. 36384928 confirmo que he leído, entendido y aceptado el Código Ético de La fundación social yo te cuido que opera la modalidad Hogar Sustituto. Asumo que el incumplimiento de cualquiera de los compromisos o el adelanto de las acciones que exponen a las niñas, niños o adolescentes a amenaza o vulneración de derechos, son infracciones al Código Ético, ya sea con ocasión del trabajo o servicio a desarrollar; o, por actos o comportamientos en mi vida privada mientras esté vigente mi relación laboral, académica o voluntaria, puede tener como consecuencia inmediata la adopción de medidas disciplinarias, administrativas o, incluso, penales frente a mi persona. Me comprometo a comunicar a través de los canales definidos para ello cualquier incumplimiento por parte de terceros de las normas y estándares que se recogen en el presente Código Ético y la normativa internacional y nacional respectiva.

Fecha: 01 de Junio 2024

Firma: Mercedes Torres M.

NOTA: Código Ético tomado de la guía G17 P -V7 (Guía de orientación para la prevención y manejo de situaciones de riesgos de las niñas, niños y adolescentes en las modalidades y servicios de restablecimiento de derechos) Pag. 73

La Plata Huila, 01 de junio de 2024.

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Cecilia de la Fuente de Lleras – ICBF
Ciudad

Asunto: autorización de tratamiento de datos personales y consulta en sistemas y bases de datos abiertos y manifestación de voluntad de afiliación al sistema de riesgos profesionales.

Yo, Mercedes Torres Mompotes, identificada con la cedula de ciudadanía N. 36.384.928 de La plata Huila, por medio del presente autorizo expresamente de manera voluntaria e informada al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF, para tratar mis datos personales, acorde con la Política de Tratamiento de Datos Personales del Instituto[1] para los fines relacionados con su misión y funciones, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y del Decreto 1074 de 2015.

Así mismo, autorizo libre y voluntariamente, de manera expresa e inequívoca al ICBF para que realice la recolección, almacenamiento, procesamiento, administración, transferencia y tratamiento de los datos personales que suministro de manera veraz y completa, con la finalidad de ser utilizados para los aspectos relacionados con la elaboración, suscripción y seguimiento a la ejecución de los contratos; la generación de registros, reportes y publicación de la gestión contractual establecidos normativamente, y tramitado en el marco de las políticas y procedimientos establecidos en el ICBF, así como el cumplimiento a los requerimientos de autoridades judiciales y entes de control interno y externo de la Entidad frente a los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión.

Por lo anterior, el Instituto queda facultado para realizar cuando las necesidades lo ameriten, consultas en los sistemas, bases de datos y/o fuentes de información pública, que dispongan las entidades del Estado o privados que en ejercicio de sus funciones dan fe pública conforme a su misionalidad.

Así mismo, declaro que conozco la finalidad de la recolección y tratamiento de mis datos personales y que se realizará por el ICBF, en ejercicio propio de sus funciones legales y su misionalidad de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en el portal www.icbf.gov.co.

Manifiesto que fui informado(a) que en caso de que la Entidad solicite recolectar información, tengo derecho a contestar o no las preguntas que se me formulen y a entregar o no los datos solicitados. Entiendo que son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud y a la vida sexual,

[1] https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/politica_de_tratamiento_de_datos_personales_0.pdf

que como titular de la información, fui informado de los derechos y deberes con que cuento, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales podré ejercer a través de los canales presenciales o los medios virtuales dispuestos por la entidad[2].

Adicionalmente conforme al articulo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el articulo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente al Instituto a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico institucional que me llegare asignar el ICBF, una vez inicie la ejecución contractual o al registrado por el suscrito en la herramienta SECOP II y/o en el SIGEP.

Conforme lo manifestado en el estudio previo respecto de la procedencia de la consulta en el registro de inhabilidades por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales contra niños, niñas y adolescentes, autorizo de manera previa, expresa y escrita a que se realice la consulta correspondiente, cuando se configuren las circunstancias descritas en la Ley 1918 de 2018 y el decreto 753 de 2019 o norma que la modifique o sustituya.

Finalmente, manifiesto mi voluntad afiliarme al Sistema de Riesgos Laborales de conformidad con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, por lo tanto, autorizo a la Entidad para adelantar los trámites requeridos para mi Afiliación al Sistema de Riesgos Profesionales una vez celebrado el respectivo contrato.

Cordialmente

Firma del futuro contratista: Mercedes Torres M.	
Nombre del proveedor o futuro contratista:	Mercedes Torres Mompotes
Tipo y número de documento futuro contratista:	C.C N. 36.384.928

[2] Correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co, línea gratuita Nacional: (57) 01 8000 91 80 80 y en Bogotá (571) 437 76 30, atención en el Chat virtual disponible de lunes a domingo, 24 horas en www.icbf.gov.co y servicio de Video llamada de lunes a viernes de 7:00 AM a 7:00 PM en jornada continua en www.icbf.gov.co.

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, se ha cumplido y se ha garantizado adecuadas condiciones locativas, de infraestructura y dotación institucional, en las sedes administrativas de los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata de acuerdo con lo establecido en

los documentos vigentes.

Se expide en Neiva el día 05 de julio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FORMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

CERTIFICADO DE TALENTO HUMANO

Neiva, 05 de junio de 2024

Señores
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
Regional Huila

Yo, YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA, identificada con Cedula de Ciudadanía No. 36.347.141 de Campoalegre (H), y Yo, DIEGO ARMANDO ROJAS LAGUNA, identificado con Cedula de Ciudadanía No. 7.688.899 de Neiva (H), y con Tarjeta Profesional N° 164666-T de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Contador Público de LA FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO identificada con NIT 901.496.702-9, manifiesto bajo la gravedad de Juramento que esta entidad cuenta con el talento humano requerido según Perfil y tiempo de dedicación definidos en el Lineamientos Técnicos de la modalidad y se encuentra a paz y salvo todo concepto salarios y prestaciones sociales con corte al 30 de junio de 2024.

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGUIRRE LOSADA
Representante Legal
FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO

DIEGO ARMANDO ROJAS LAGUNA
Contador Publico
T.P. 164666-T

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, no se realizaron investigaciones, entrevistas, notas de prensa, videos, registros fotográficos, documentales y cualquier otra pieza comunicativa o investigativa que requiera y/o incluya información de los procesos de restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes atendidos en la modalidad.

Se expide en Neiva el día 05 de julio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO
NIT: 901496702-9
Calle 11 N 3 -80
Cel. 3206193497

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, ha contado con un banco de hojas de vidas disponible, las cuales cumplen con todos los requisitos para suplir alguna vacante que se llegue a presentar durante la prestación del servicio.

Se expide en Neiva el día 05 de julio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, cumple a cabalidad con la totalidad de las acciones establecidas en la Guía Técnica para la metrología aplicable a modalidad; por lo anterior se anexa, certificado de la representante legal en la cual se establece que durante el mes de abril la fundación cuenta con los equipos metrológicos en cada una de las sedes administrativas ubicadas en los municipios de Garzon, Pitalito y la Plata.

.Neiva – 05 de julio del 2024

Atentamente,



YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO	**FRMATO DE CARTA U OFICIO**	FECHA DE APROBACION	01/08/2022
		Versión 1 FSYTC-026-01/08/2022	Página 1 de 1

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL YUDI PAHOLA AGUIRRE LOSADA IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA NO 36.347.141

CERTIFICA

Que la fundación Social Yo Te Cuido con Nit. 901.496.702-9, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de junio del año 2024, no se realizaron atenciones de usuarios en otras sedes del operador, estas se llevaron a cabo en las sedes administrativas dispuestas para la atención de la modalidad hogar sustituto por la fundación social yo te cuido en los municipios de Garzón, Pitalito y la Plata

Se expide en Neiva el día 05 de julio del 2024

Atentamente,

YUDY PAHOLA AGIRRE LOSADA
Representante legal Fundación Social Yo Te cuido

Gmail **FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com>**

RV: 1038811--RE: Solicitud habilitación de sistema PROVEEDORES para diligencia información

2 mensajes

Diana Cecilia Zabala Mazo <Diana.Zabala@icbf.gov.co> 2 de mayo de 2024, 14:13
Para: Mis aplicaciones <Mis.Aplicaciones@icbf.gov.co>
Cc: "fundacionsocialyotecuido@gmail.com" <fundacionsocialyotecuido@gmail.com>

Cordial saludo,

Le solicito amablemente su apoyo para solucionar la inconsistencia que impide hacer el registro correcto en la plataforma de proveedores, de acuerdo a lo relacionado en el correo que antecede, ya se intento hacer el registro con las recomendaciones entregadas pero la inconsistencia persiste se adjunta el pantallazo del error.

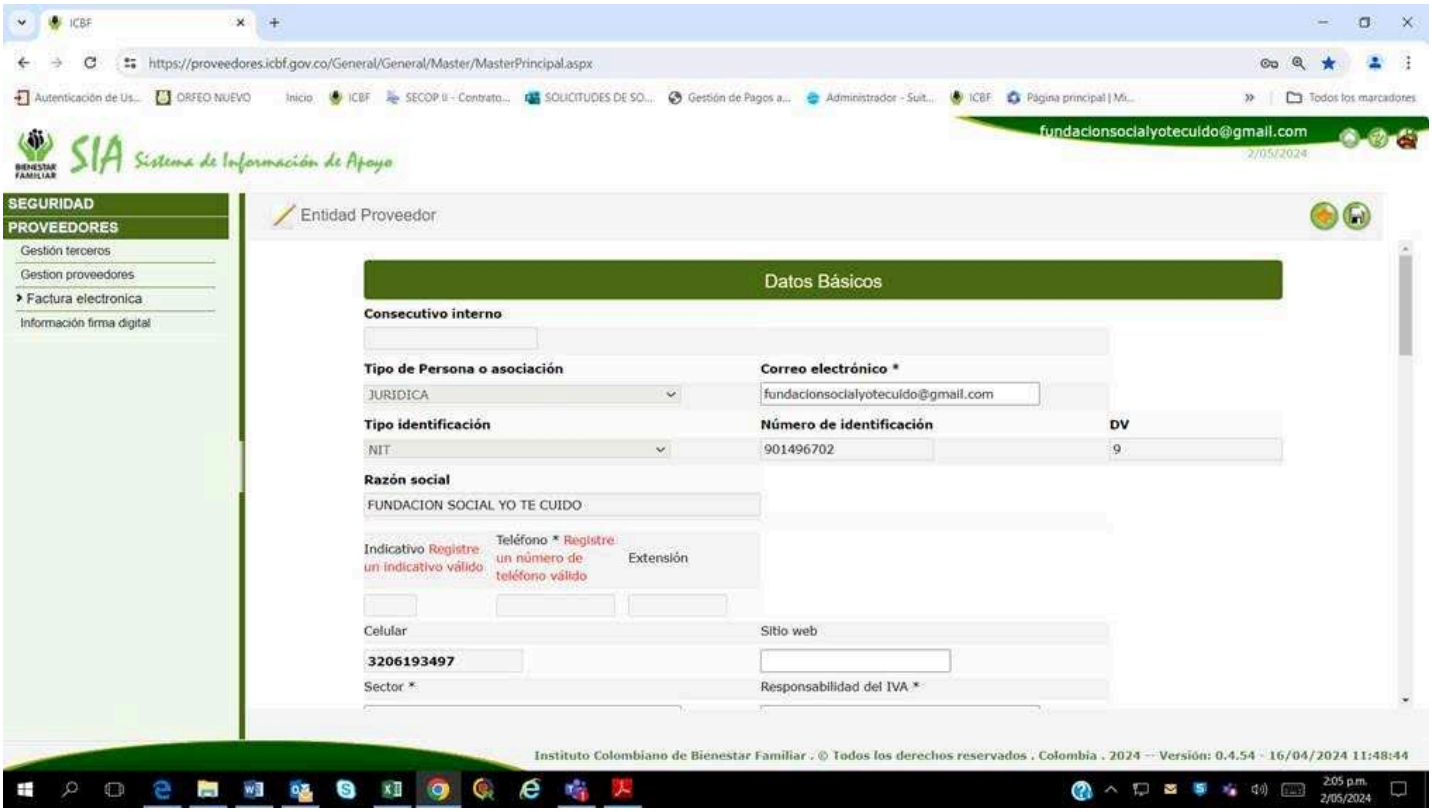
NOMBRE: Yudy Alejandra Barragan Cleves

cc: 1075278545

tel: 3115661665

correo: fundacionsocialyotecuido@gmail.com

La Mesa Informática de Soluciones-MIS Aplicaciones le informa que para atender su solicitud se generó el ticket N.º**[1038811]**, el cual fue escalado al área encargada.



Cordialmente,

Diana Cecilia Zabala Mazo

Contratista

Grupo Jurídico

ICBF Sede Regional Antioquia

Calle 45 # 79-141

Teléfono: 604 4093440 Ext. 400056

www.icbf.gov.co

Clasificación de la información: **CLASIFICADA**

De: FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com>
Enviado el: martes, 30 de abril de 2024 4:13 p.m.
Para: Diana Cecilia Zabala Mazo <Diana.Zabala@icbf.gov.co>
Asunto: Fwd: 1038811--RE: Solicitud habilitación de sistema PROVEEDORES para diligencia información

No suele recibir correos electrónicos de fundacionsocialyotecuido@gmail.com. Por qué esto es importante

Cordial saludo doctora

Reenviar correo que precede en cual tiene numero de TICKET de la gestión realizada para solucionar la inconsistencia del registro en el aplicativo de proveedores

---------- Forwarded message ---------
De: **Mis aplicaciones** <Mis.Aplicaciones@icbf.gov.co>
Date: mié, 17 abr 2024 a las 14:23
Subject: 1038811--RE: Solicitud habilitación de sistema PROVEEDORES para diligencia información
To: FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com>

Cordial Saludo,

La Mesa Informática de Soluciones-MIS Aplicaciones le informa que para atender su solicitud se generó el ticket N.º**[1038811]**, el cual fue escalado al área encargada.

Cordialmente,

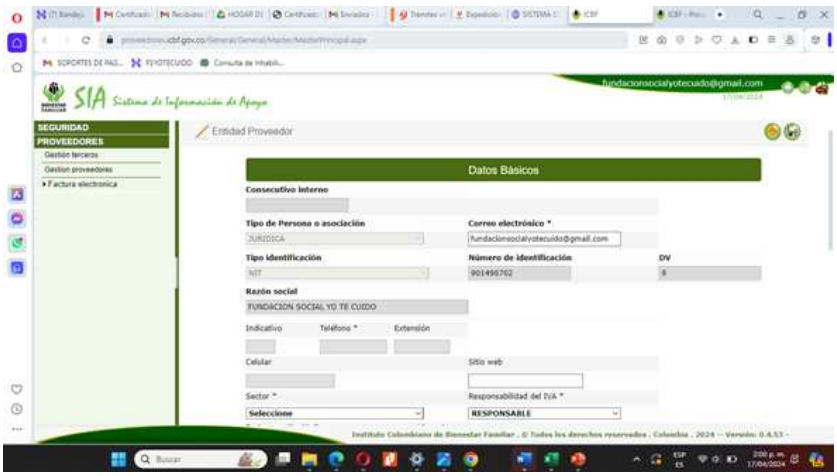
imagen

drml

De: FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com>
Enviado: miércoles, 17 de abril de 2024 14:09
Para: Mis aplicaciones <Mis.Aplicaciones@icbf.gov.co>
Asunto: Re: Solicitud habilitación de sistema PROVEEDORES para diligencia información

cordial saludo,

Una vez realizada las orientaciones de manera comedida me permito enviar pantallazo que evidencia que la falla persiste



Adjunto envio los datos para soporte;

NOMBRE: Yudy Alejandra Barragan Cleves

cc: 1075278545

tel: 3115661665

correo: fundacionsocialyotecuido@gmail.com

El mar, 16 abr 2024 a las 11:02, Mis aplicaciones (<Mis.Aplicaciones@icbf.gov.co>) escribió:

> Cordial Saludo,
>
> La Mesa Informática de Soluciones-MIS Aplicaciones le informa que para atender su solicitud por favor validar el ingreso con otro navegador, borrar el historial del navegador por la configuración avanzada con las teclas CTRL + SHIFT + SUPR al mismo tiempo, nos vamos por la opción configuración avanzada y en intervalo de tiempo seleccionamos desde siempre o todos y marcamos las demás opciones y le damos eliminar o borrar, después de este proceso refrescamos la plataforma con las teclas CTRL + F5. realice el proceso de ingreso nuevamente, si despues de hacer estas validaciones no le aparece el boton remita el pantallazo completo y sin recortar para ser escalaldo al area encargada.
>
> **Cordialmente,**
>
> COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA
>
> **MIS.APLICACIONES, Mesa Informática de Soluciones**
> MISWEB: https//mis.icbf.gov.co
> Correo: mis.aplicaciones@icbf.gov.co
> Avenida Cr. 68 No. 64C - 75 Bogotá, Colombia
> Teléfono: 7666755 Ext. 8081
> Línea gratuita Nacional 018000120200 - 018000112880
> www.icbf.gov.co
>
> Clasificación de la información: **CLASIFICADA**
>
> drml
>
> ---
>
> **De:** FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com>
> **Enviado:** martes, 16 de abril de 2024 10:25
> **Para:** Mesa Informatica De Soluciones <mis@icbf.gov.co>; Mis aplicaciones <Mis.Aplicaciones@icbf.gov.co>
> **Asunto:** Solicitud habilitación de sistema PROVEEDORES para diligencia información
>
> Algunos contactos que recibieron este mensaje no suelen recibir correos electrónicos de fundacionsocialyotecuido@gmail.com. Por qué esto es importante
>
> Cordial saludo señores MIS
>
> De manera comedida me permito solicitar su apoyo para revisar sistema y habilitar el diligenciamiento de la información de terceros del usuario de la FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO, dado que no me deja grabar la demás información por falta de datos de teléfono, sin embargo el diligenciamiento de este esta bloqueado.
>
> Datos de contacto
>
> Nombre: Yudy Alejandra Barragan Cleves
>
> Cedula. 1.075.278.545
>
> Telefono. 3115661665



3 adjuntos



Outlook-imagen.png
70K

image003.png
14K

RUT YO TE CUIDO.pdf
684K

FUNDACIÓN SOCIAL YO TE CUIDO <fundacionsocialyotecuido@gmail.com> 28 de mayo de 2024, 8:36
Para: COORDINADORZONA1HS@fundacionyotecuido.com

Trazabilidad de correos enviados a Proveedores

---------- Mensaje reenviado ---------
De: **Diana Cecilia Zabala Mazo** <Diana.Zabala@icbf.gov.co>
Fecha: El jue, 2 de may. de 2024 a la(s) 2:13 p.m.
Asunto: RV: 1038811--RE: Solicitud habilitación de sistema PROVEEDORES para diligencia información
Para: Mis aplicaciones <Mis.Aplicaciones@icbf.gov.co>
Cc: fundacionsocialyotecuido@gmail.com <fundacionsocialyotecuido@gmail.com>
[El texto citado está oculto]

2 adjuntos

image003.png
14K

RUT YO TE CUIDO.pdf
684K

LEON
INDUSTRIAS Y EQUIPOS
NIT. 36.167.370-9

Servicios de calibración con trazabilidad metrológica ONAC

"Se mide la inteligencia del individuo por la cantidad de incertidumbre que es capaz de soportar"
Inmanuel Kant

CERTIFICADO DE CALIBRACION

NÚMERO **IYEQSFY-2021**

SOLICITANTE:	FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO	**UBICACIÓN:**	NEIVA-HUILA
DIRECCIÓN:	CALLE 11 No 3-80	**TELÉFONO:**	3206193497
EQUIPO:	BASCULA DIGITAL	**RANGO EQUIPO:**	0 - 200 kg / 440 lbs
MARCA	SECA	**RESOLUCIÓN:**	100 g / 0,2 lbs
MODELO:	813	**PRECISIÓN:**	±0,2kg [0 - 20kg] ±0,3kg (20 - 50kg] ±0,6kg (50 - 150kg]
SERIE:	8813080232715	**No. INV:**	NO REGISTRA

REVISIÓN FISICA: El equipo fue revisado rigurosamente, verificando el estado físico del mismo, para garantizar una adecuada medición, concluyendo asi que el equipo se encontraba en buenas condiciones para realizar la calibración.

LUGAR DE CALIBRACION: La calibración se .ealizo "In situ" en las instalaciones de INDUSTRIAS Y EQUIPOS LEON

METODO DE CALIBRACION : La calibracion se efectua por comparación directa con las masas patrón de 1Kg ,2Kg, 5kg, 10kg, 20kg.

PATRONES UTILIZADOS:

REFERENCIA	LABORATORIO	N. CERTIFICADO	CLASE
MASA PATRON 1Kg	OMECOL	22926 LM	F1
MASA PATRON 2kg	WR LABORATORIOS	CAP-1109-22	F1
MASA PATRON 5kg	OMECOL	22927 LM	M1
MASA PATRON 10kg	OMECOL	22928 LM	M1
MASA PATRON 20kg	OMECOL	22929 LM	M1

FECHA DE RECEPCIÓN: 09 DE ABRIL DE 2024
FECHA DE CALIBRACIÓN: 15 DE ABRIL DE 2024
FECHA DE EMISIÓN: 16 DE ABRIL DE 2024

FIRMAS AUTORIZADAS

YOLANDA CEDEÑO MEDINA
Director Técnico de Laboratorio

Powered by CamScanner

Industrias y Equipos Leon garantiza la trazabilidad de los patrones utilizados en estas mediciones hacia patrones nacionales. Este certificado hace referencia al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El laboratorio que lo emite no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

CONDICIONES AMBIENTALES:	TEMPERATURA AMBIENTE:	28 ±1°C
	HUMEDAD RELATIVA:	57 ±5%
	PRESION ATMOSFÉRICA:	100,8 kPa

PROCEDIMIENTO DE CALIBRACION.

La calibracion ha sido realizada por pesaje de masas certificadas de 1 Kg, 5kg, 10kg y 20kg, según el procedimiento interno IYEBA06 - 001, basado en la guía para la calibración de instrumentos de pesar no automáticos, EURAMET cg-18 versión 4.0.

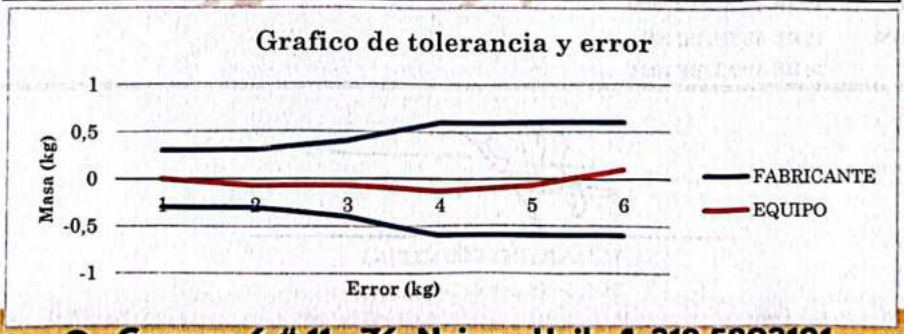
INCERTIDUMBRE DE LA MEDICION ESTIMADA DE LA CALIBRACIÓN.

La incertidumbre expandida de calibración, indicada en el apartado de resultados, se ha obtenido multiplicando la incertidumbre típica de calibración por el factor de cobertura k = 2 que, para una distribución normal, corresponde a una cobertura de aproximadamente el 95%.

RESULTADOS DE CALIBRACIÓN

RESULTADOS PRUEBA DE EXACTITUD ASCENDENTE

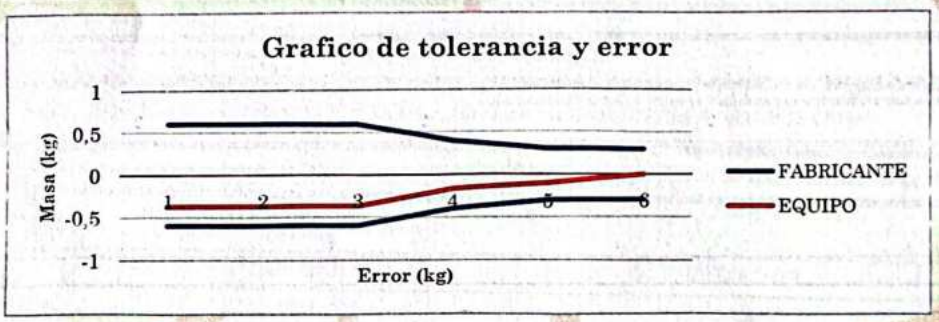
EQUIPO PATRÓN (kg)	PROMEDIO EQUIPO EN PRUEBA(kg)	ERROR PROMEDIO (kg)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,00	0,00000	0,00000	0,29439
20,00	19,93000	-0,07000	0,32318
40,00	39,93000	-0,07000	0,32318
80,00	79,87000	-0,13000	0,39721
100,00	99,93000	-0,07000	0,32318
140,00	140,10000	0,10000	0,35590



Powered by CamScanner

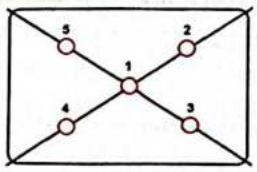
RESULTADOS PRUEBA DE EXACTITUD DESCENDENTE

EQUIPO PATRÓN (kg)	PROMEDIO EQUIPO EN PRUEBA (kg)	ERROR PROMEDIO (kg)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
140,00	139,630	-0,370	0,474
100,00	99,630	-0,370	0,474
80,00	79,630	-0,370	0,474
40,00	39,830	-0.170	0,343
20,00	19,900	-0,100	0,316
0,00	0,000	0,000	0,294



RESULTADOS PRUEBA DE EXCENTRICIDAD

DIAGRAMA UBICACION DE MASAS



PUNTO	EQUIPO EN PRUEBA	CARGA	ERROR
1	60,00	60,00	0,00
2	59,70	60,00	-0,30
3	60,00	60,00	0,00
4	60,00	60,00	0,00
5	59,80	60,00	-0,20

CARGA= 1/3 * CARGA MAX= 60,0 kg

Powered by CamScanner

RESULTADOS PRUEBA DE REPETIBILIDAD

PUNTO	CARGA BAJA 20,0 kg		CARGA MEDIA 60,0 kg		CARGA ALTA 100,0 kg	
	INDICACIÓN	ERROR	INDICACIÓN	ERROR	INDICACIÓN	ERROR
1	20,00	0,00	60,00	0,00	99,50	-0,50
2	20,00	0,00	60,00	0,00	99,60	-0,40
3	19,80	-0,20	59,70	-0,30	99,80	-0,20
4	19,80	-0,20	59,80	-0,20	100,00	0,00
5	19,90	-0,10	59,90	-0,10	100,00	0,00

La conformidad o no conformidad en el apartado de resultados, hace referencia a que la medición se ajusta o no, a los límites establecidos por el fabricante en el parámetro de presición, según los resultados de la incertidumbre expandida y el error o factor de corrección.

OBSERVACIÓN _____

FIN DEL CERTIFICADO

Powered by CamScanner

INDUSTRIAS Y EQUIPOS LEON
NIT. 36.167.370-9

Servicios de calibración con trazabilidad metrológica ONAC

"Se mide la inteligencia del individuo por la cantidad de incertidumbre que es capaz de soportar"
Immanuel Kant

CERTIFICADO DE CALIBRACION

NÚMERO **IYEQSFY-745**

SOLICITANTE:	**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**	**UBICACIÓN**	**NEIVA HUILA**
DIRECCIÓN:	**CALLE 11 # 3-80**	**TELEFONO**	**3206193497**
EQUIPO:	**INFANTOMETRO**	**RANGO EQUIPO:**	**100-1000mm**
MARCA	**SECA**	**RESOLUCIÓN:**	**1 mm**
MODELO:	**417**	**PRECISION**	**±0,3mm**
SERIE:	**10000000875796**	**No INV**	**NO REGISTRA**

REVISIÓN FÍSICA: El equipo fue revisado rigurosamente, verificando el estado físico del mismo, del mecanismo retráctil y de la cinta de lectura, para garantizar una adecuada medición longitud, concluyendo que se encontraba en buenas condiciones para realizar la calibración, y que la cinta de medición no presenta borrones, desgaste o ambigüedad en las lecturas.

LUGAR DE CALIBRACION: La calibración se realizo "In situ" en las instalaciones delINDUSTRIAS Y EQUIPOS LEON ubicado carrera 6 No 11-76 Neiva - Huila.

METODO DE CALIBRACION : La calibracion se efectua por comparación directa con el equipo patrón.

PATRONES UTILIZADOS:

REFERENCIA	LAB. CALIBRACIÓN	N. SERIE	N. CERTIFICADO
CINTA METRICA	SUMINISTROS INDUSTRIALES DE COLOMBIA SAS	1550	L11510

FECHA DE RECEPCIÓN:	**29 DE ENERO DEL 2024**
FECHA DE CALIBRACIÓN:	**30 DE ENERO DEL 2024**
FECHA DE EMISIÓN:	**6 DE FEBRERO DEL 2024**

FIRMAS AUTORIZADAS

YOLANDA CEDEÑO MEDINA
Director Técnico de Laboratorio

Powered by CamScanner

Este certificado hace referencia al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El laboratorio que lo emite no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

CONDICIONES AMBIENTALES:	**TEMPERATURA AMBIENTE :**	**24 ±1°C**
	HUMEDAD RELATIVA :	**48 ±5%**
	PRESION ATMOSFÉRICA:	**100,8 kPa**

PROCEDIMIENTO DE CALIBRACION.

La calibracion ha sido realizada por comparación directa con el patrón, según el procedimiento interno IYECM06 - 001, basado la recomendación internacional OIML R 35-1 edición 2007 "Medidas de longitud de materiales para uso general parte 1: Requerimientos metrológicos y técnicos."

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICION ESTIMADA DE LA CALIBRACIÓN.

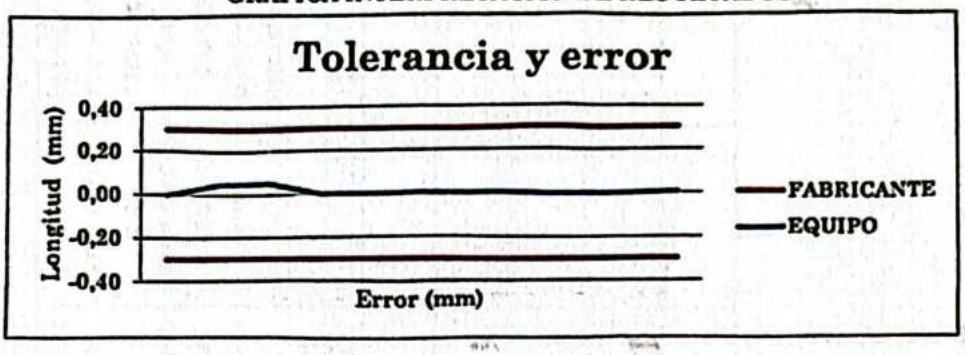
La incertidumbre expandida de calibración, indicada en el apartado de resultados, se ha obtenido multiplicando la incertidumbre típica de calibración por el factor de cobertura k = 2 que, para una distribución normal, corresponde a una cobertura de aproximadamente el 95%.

PRUEBAS DE CALIBRACIÓN

EQUIPO PATRÓN (mm)	EQUIPO EN PRUEBA (mm)	ERROR (mm)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
0,00	0,00000	0,000000	1,414214
100,00	100,05000	0,050000	1,417745
200,00	200,05500	0,055000	1,417074
300,00	300,00000	0,000000	1,414214
400,00	400,00000	0,000000	1,414214
500,00	500,00500	0,005000	1,414249
600,00	600,00000	0,000000	1,414214
700,00	700,00000	0,000000	1,414214
800,00	800,00000	0,000000	1,414214
900,00	900,00000	0,000000	1,414214
1000,00	1000,00500	0,005000	1,414249

Powered by CamScanner

GRAFICA INTERPRETACION DE RESULTADOS



OBSERVACIONES:

FIN DEL CERTIFICADO

Powered by CamScanner

LEON
INDUSTRIAS Y EQUIPOS
NIT. 36.167.370-9

Servicios de calibración con trazabilidad metrológica ONAC

"Se mide la inteligencia del individuo por la cantidad de incertidumbre que es capaz de soportar"
Immanuel Kant

CERTIFICADO DE CALIBRACION

NÚMERO **IYEQSFY-746**

SOLICITANTE:	**FUNDACION SOCIAL YO TE CUIDO**	**UBICACIÓN**	**NEIVA HUILA**
DIRECCIÓN:	**CALLE 11 # 3-80**	**TELEFONO**	**3206193497**

EQUIPO:	**TALLIMETRO**	**RANGO EQUIPO:**	**200-2100mm**
MARCA	**SECA**	**RESOLUCIÓN:**	**1 mm**
MODELO:	**213**	**PRECISION**	**±0,3mm**
SERIE:	**10000000805452**	**No INV**	**NO REGISTRA**

REVISIÓN FÍSICA: El tequipo fue revisado rigurosamente, verificando el estado físico del mismo, del mecanismo retráctil y de la cinta de lectura, para garantizar una adecuada medición longitud, concluyendo que se encontraba en buenas condiciones para realizar la calibración, y que la cinta de medición no presenta borrones, desgaste o ambieguedad en las lecturas.

LUGAR DE CALIBRACION: La calibración se realizo en las instalaciones de INDUSTRIAS Y EQUIPOS LEON ubicado carrera 6 No 11-76 Neiva-Huila.

METODO DE CALIBRACION : La calibracion se efectua por comparación directa con el equipo patrón.

PATRONES UTILIZADOS:

REFERENCIA	LAB. CALIBRACIÓN	N. SERIE	N. CERTIFICADO
CINTA METRICA	SUMINISTROS INDUSTRIALES DE COLOMBIA SAS	1550	L11510

FECHA DE RECEPCIÓN: 29 DE ENERO DEL 2024
FECHA DE CALIBRACIÓN: 30 DE ENERO DEL 2024
FECHA DE EMISIÓN: 5 DE FEBRERO DEL 2024

FIRMAS AUTORIZADAS

YOLANDA CEDEÑO MEDINA
Director Técnico de Laboratorio

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

LEON
INDUSTRIAS Y EQUIPOS
NIT. 36.167.370-9

Servicios de calibración con trazabilidad metrológica ONAC

"Se mide la inteligencia del individuo por la cantidad de incertidumbre que es capaz de soportar"
Immanuel Kant

Industrias y Equipos Leon garantiza la trazabilidad de los patrones utilizados en estas mediciones hacia patrones nacionales. Este certificado hace referencia al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El laboratorio que lo emite no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados.

CONDICIONES AMBIENTALES:	**TEMPERATURA AMBIENTE :**	**24 ±1°C**
	HUMEDAD RELATIVA :	**48 ±5%**
	PRESION ATMOSFÉRICA:	**1010 hPa**

PROCEDIMIENTO DE CALIBRACION.

La calibracion ha sido realizada por comparación directa con el patrón, según el procedimiento interno IYECM06 – 001, basado la recomendación internacional OIML R 35-1 edición 2007 "Medidas de longitud de materiales para uso general parte 1: Requerimientos metrológicos y técnicos."

INCERTIDUMBRE DE LA MEDICION ESTIMADA DE LA CALIBRACIÓN.

La incertidumbre expandida de calibración, indicada en el apartado de resultados, se ha obtenido multiplicando la incertidumbre típica de calibración por el factor de cobertura k = 2 que, para una distribución normal, corresponde a una cobertura de aproximadamente el 95%.

PRUEBAS DE CALIBRACIÓN

EQUIPO PATRÓN (mm)	EQUIPO EN PRUEBA (mm)	ERROR (mm)	INCERTIDUMBRE EXPANDIDA
200,00	200,01000	0,010000	1,414214
300,00	300,00000	0,000000	1,414214
400,00	400,00500	0,005000	1,414249
500,00	500,00500	0,005000	1,414249
600,00	600,00500	0,005000	1,414249
700,00	700,00500	0,005000	1,414249
800,00	800,00000	0,000000	1,414214
900,00	900,00000	0,000000	1,414214
1000,00	1000,00500	0,005000	1,414249
1100,00	1100,00000	0,000000	1,414214
1200,00	1200,00500	0,005000	1,414249
1300,00	1300,00000	0,000000	1,414214
1400,00	1400,00000	0,000000	1,414214
1500,00	1500,00500	0,005000	1,414249
1600,00	1600,00000	0,000000	1,414214
1700,00	1700,00500	0,005000	1,414249
1800,00	1800,00000	0,000000	1,414214
1900,00	1900,00000	0,000000	1,414214
2000,00	2000,00000	0,000000	0,816497

Calle 12 No. 6 - 15 Oficina 201 Neiva - Huila 318 589 3121 industriasyequiposleon@gmail.com

Powered by CamScanner