



FUNZA

CP 250020
Tel. +57(3) 823 40 70
823 40 71 / 823 40 73
Fax. +57(3) 823 76 20
Dir. Cra. 14 No. 33-05

Funza, Febrero 03 de 2025

Señor

JOHN ALEXANDER PAEZ VALENCIA

Representante Legal

FUNDACION APRENDER A VIVIR

Correo: direccionclaritza@fundacionaprenderavivir.com

Bogotá DC

Asunto: Remisión de usuarios para la atención bajo la modalidad de internado por consumo de sustancias psicoactivas CONVENIO DE ASOCIACION No. CV202401225 DE 2024.

Respetados Señores:

Reciban un cordial saludo de parte de la Administración Municipal, en cabeza de la Dra. JEIMMY VILLAMIL BUITRAGO, alcaldesa Municipal y de la Secretaría de Gobierno, deseando éxitos en sus labores diarias.

Dando alcance al asunto de la referencia, de manera atenta nos permitimos informar que se realiza remisión del siguiente Usuario:

DIEGO ALEJANDRO GOMEZ CELIS (MENOR DE EDAD).

TARJETA IDENTIDAD No. 1.011.103.539

Edad 16 Años

Celular: 3212642651

Acudiente: MARTHA CELIS Madre

CC. 52.755.448

Acudiente: Padre : MAXIMILIANO GOMEZ JORGE

Parentesco: Padre

Cédula de Ciudadanía: 17.354.328

Célular: 3212642651 / 3133507126

Dirección: CRA 20 N 9 B 13 MZ 4 CASA 4

Barrio: URBANIZACION VILLA DIANA

Lo anterior con el objeto de ser atendido bajo la modalidad de internado, de acuerdo con lo estipulado en el Convenio de Asociación No. **CV202401225 DE 2024**, y proceda a ser evaluado e ingresado a la fundación para continuar con el proceso. Agradecemos se nos comunique vía correo electrónico la fecha de ingreso del paciente; a fin de llevar registros propios de la Secretaría.

Adicional se hace necesario abrir la historia de cada usuario remitido, la cual debe contener además de la documentación por ustedes solicitada, certificación de residencia expedida por la copropiedad o junta de Acción Comunal. Agradezco la Atención prestada,

Cordialmente,

ROBERTO ORGANISTA INSUASTI
Secretario de Gobierno

	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	CARGO	FIRMA	FECHA
Aprobó	Roberto Organista Insuasti	Secretario de Gobierno		03/02/2025
Proyectó	Dora Rubiela Barbosa Quintero	Profesional Universitario		03/02/2025



ISO 9001



ISO 14001



ISO 45001



ISO 26001

ISO 26001

ISO 26001

ISO 26001



ALCALDÍA DE
FUNZA

AUTORIZACION UTILIZACION Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

05-FR-32

Yo Martha Isabel celis f. mayor de edad, identificado
(a) con Cédula de Ciudadanía No 52795448, expedida en
Carretera #9-613 casa 4 MZ 4 barrio Villa Diana, autorizo la toma de imágenes que incluyan
video o fotografía fija, en formato digital o de otro tipo, y cualquier otro medio de registro en que yo aparezca. De
igual manera, pongo en conocimiento que esta participación es voluntaria y bajo mis plenas facultades.

COMPROMISO: Todo esto una vez que manifiesto se me ha explicado la naturaleza y propósito de mi
participación en el programa del Convenio de Asociación No. **CV202401225 DE 2024 con la fundación**
APRENDER A VIVIR, donde me comprometo de manera voluntaria a cumplir y acatar todas las
recomendaciones e instrucciones del tratamiento; consciente que el no dar cumplimiento a las mismas es
causal para mi DESVINCULACION DEFINITIVA del programa; por lo que no será permitido mi reingreso.

Lo anterior desarrollando lo propuesto en la 5 Meta No. 250 del Plan de Desarrollo "FUNZA EVOLUCIONA", cuyo
objeto es: "Aunar esfuerzos técnicos para la atención a consumidores de sustancias psicoactivas del Municipio de
Funza (Cundinamarca) con atención especializada"

Para constancia se firma en el Municipio de Funza, El día _____ mes _____ año _____

DATOS PACIENTE:

NOMBRE PACIENTE: <u>Diego Alejandro Gomez celis</u>	Huella 
CÉDULA: <u>1011103539</u>	
TELÉFONOS: <u>3212642651 - 3133507126</u>	
CORREO ELECTRONICO: <u>tuchis.2011@hotmail.com,</u>	
DIRECCIÓN: <u>Carretera #9-613 casa 4 MZ 4.</u>	
FIRMA: 	

DATOS DEL ACUDIENTE:

NOMBRE ACUDIENTE:	Huella
<i>Martha Isabel Cels Fonseca</i>	
CÉDULA:	
<i>52755448</i>	
TELÉFONOS:	
<i>3212642651 3133507126</i>	
CORREO ELECTRONICO:	
<i>fuChis.2011@hotmail.com</i>	
DIRECCIÓN:	
<i>calle: 20 #9613 casa 4 MZ 4 villa Dian.</i>	
FIRMA:	
<i>Martha Isabel</i>	
OBSERVACIONES:	

Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Alcaldía de Funza para tratar mis datos personales de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales, que atiende de forma estrictos los deberes de seguridad y confidencialidad ordenados por la Ley 1581 de 2012, Ley 1712 de 2014 y el Decreto 1377 de 2013, para los fines relacionados con su objeto social. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.



FUNZA

V. BUITRAGO
TEL: +5711 52114070
CEL: +5711 52114073
CEL: +5711 52114074
E-mail: fva@funza.gov.co

Funza, Febrero 03 de 2025

Señor

MAXIMILIANO GOMEZ JORGE

CC. 17.354.328

MARTHA ISABEL CELIS F.

CC. 52.755.448

Correo: saludmentalsalud@funza-cundinamarca.gov.co

Funza, Cundinamarca

Asunto: Su solicitud cupo para paciente consumidor sustancias psicoactivas.
Radicado Correo 31 de enero de 2025 – DIEGO ALEJANDRO GOMEZ CELIS TI. 1.011.103.539.

Respetados Señores:

Reciban un cordial saludo de parte de la Administración Municipal, en cabeza de la Dra. JEIMMY VILLAMIL BUITRAGO, alcaldesa Municipal y de la Secretaría de Gobierno, deseando éxitos en sus labores diarias.

Dando alcance al asunto de la referencia y una vez revisados los soportes allegados, nos permitimos acusar el recibido de los mismos; al igual que informar al peticionario (a) que en cumplimiento a la Meta No.250 del Plan de Desarrollo "FUNZA EVOLUCIONA", cuyo objeto es: "Aunar esfuerzos técnicos para la atención a consumidores de sustancias psicoactivas del Municipio de Funza (Cundinamarca) con atención especializada" daremos inicio al proceso de atención al Menor **DIEGO ALEJANDRO GOMEZ CELIS T.I. 1.011.103.539**, para lo cual solicitamos que el paciente acuda a la Secretaría de Gobierno junto con su acudiente para dar algunas directrices generales. Igualmente informamos la dirección de la Fundación APRENDER A VIVIR – Carrera 71No. 53-52 Normandía.

Cualquier inquietud adicional no dude en comunicarse con nosotros en la secretaria de Gobierno Cra 9 No. 18-45 Centro de Enlace Operacional CEO.

Sin otro particular,

ROBERTO ORGANISTA INSUASTI
Secretario de Gobierno

[Firma manuscrita]
52755448 C.C.
4-02-2025.

	NOMBRE DEL FUNCIONARIO	CARGO	FIRMA	FECHA
Aprobó	Roberto Organista Insuasti	Secretario de Gobierno	<i>[Firma]</i>	03/02/2025
Proyectó	Dora Rubiele Barbosa Quintero	Profesional Universitario	<i>[Firma]</i>	03/02/2025



100.0000



100.0000



100.0000



100.0000