INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

FORMATO DE VERIFICACIÓN PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL PROPIA PARA EL PUEBLO WAYUU.

1. Información General:

   Año/Mes/Día: 15/02/2025 Nombre de Municipio: Manaure

   Nombre de Centro Zonal: Riohacha

2. Se realiza el proceso de verificación a:

- Autoridad tradicional _____
- Autoridad ancestral X
- Asamblea o reunión con presencia de las respectivas autoridades X

3. Nombre de la Comunidad: · Montelin
4. Nombre del Corregimiento: Manaure.
5. El proceso de verificación corresponde a:

- Continuidad _____ *(Continuar a partir de la pregunta 6)*
- Nueva contratación X *(Continuar a partir de la pregunta 9)*

6. ¿Como autoridad está de acuerdo que la *(Nombre completo de la asociación o de la organización y tipo de UE, si es indígena, UT o fundación*

   A.I. Jekete wakunpa

   (En caso de ser UT, registrar nombre de la UT y de las asociaciones u organizaciones que la conforman)

   ¿Continúa implementando la atención propia para el pueblo Wayuu en su comunidad?

- Sí ___ *(Continuar a partir de la pregunta 12)*
- No X *(Continuar a partir de la pregunta 7)*

7. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT)* sugerida por la comunidad para dar continuidad a la atención integral al Pueblo Wayuu

   A.A.T.I Wayuu Jekete wakunpa

8. Preguntar a la autoridad o su delegado si ¿Sabe si la asociación propuesta viene de continuidad o es nueva?

- Continuidad X
- Nueva _____

9. ¿Como autoridad de su comunidad, está de acuerdo que la asociación *(Nombre de la organización, asociación, UT, fundación o UT para nueva contratación)*

   Asociación Territorio de Isho.

   implemente la atención integral para el pueblo Wayuu en su territorio?

- De acuerdo X *(continuar con los datos de la autoridad 12)*
- No estoy de acuerdo_____ *(Pasar a la Pregunta 10)*

10. ¿Cuenta su comunidad con otra asociación, organización, fundación o UT, para operar la atención al pueblo Wayuu en su territorio?

- Si ____ *(Continuar con la pregunta 11)*
- No X (Continuar *con los datos de la autoridad 12)*

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

11. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT) sugerida* por la comunidad para implementar la atención integral al Pueblo Wayuu para contratación nueva
A.A.I.I Wayuu Territorio de Isho.
12. Nombre de la autoridad a quién se realiza la verificación Irma Uriana
13. Número de Cédula de la Autoridad: 26.962.218.
14. Número de celular: 3186592141
15. Firma: x
16. Huella de la autoridad:
17. En caso de no contar con la presencia de la autoridad, se presenta delegado y la persona, ¿cuenta con autorización escrita, por parte de la autoridad tradicional o ancestral de la comunidad?
- Si ——
- No ~~X~~
18. La persona autorizada por la autoridad presenta:
- Acta de posesión de la autoridad (Fotocopia) _____
- Fotocopia de la cédula de la autoridad_____
- Fotocopia de cédula de la persona autorizada _____
- Vídeo de la autoridad tradicional o ancestral que avala o no a la asociación objeto de verificación para la continuidad o nuevo proceso de contratación de la atención integral para el pueblo Wayuu_____
19. Nombre de la persona delegada por la autoridad tradicional o ancestral:
_____
20. Cédula del delegado por autoridad_____
21. Firma de la persona delegada por la autoridad: _____
22. Huella del delegado por parte de la autoridad. _____
23. Nombre y apellido de la persona que realizó la verificación: Diana Marquez.
24. Cédula: 40.935311
25. Celular: 3113615102
26. Firma la persona que realizó la verificación: Diana Marquez.
27. Observaciones:
Solicitud de Cambio de Operador de Jelete Walcumpa para este Vigenacio 2025 con el operador A. Territorio de Isho.

(Por favor registrar en este aparte alguna novedad o alerta que se deberá tener en cuenta, como por ejemplo La comunidad no recibió una buena atención, por ello no continua con la asociación; la comunidad no cuenta con una asociación por el momento que implemente la atención integral para el pueblo Wayuu, la autoridad no presenta los documentos completos que lo respalden como autoridad de la comunidad, la persona autorizada por la autoridad no cuenta con el video o con carta de autorización y registrar las posibles soluciones que se brindan con fecha si es necesario).

ACTA DE ASAMBLEA GENERAL

En la Ranchería Montelio Sector de La Paz Jurisdicción del Municipio de Manaure, Departamento de La Guajira, siendo las 8:45 del día 11 del mes de Mayo de **Dos Mil Diecinueve (2019).** Se instalaron en Asamblea General, los miembros de la Comunidad Wayuu de la Comunidad Montelio y considerando por el mandato que han recibido por esas Comunidades, para propiciar el Desarrollo Económico, Social y Cultural de acuerdo a su propia cultura y a favor de sus representados, acordaron establecer la Autoridad Tradicional de Montelio de conformidad con el Deceto 1386 de Junio de 1994, acordaron el siguiente orden del día.

1. Llamada a lista de los presentes
2. Explicación de los objetivos de la reunión
3. Reconocimiento de la Autoridad Tradicional o Gobernador de Cabildo y elección de la Junta Directiva
4. Clausura

En el desarrollo de la anterior agenda, se procedió a llamar a lista a los asistentes contestado Llamamiento de la Comunidad seguidamente intervinieron varios de los presentes para explicar los objetivos de la reunión, se reconoció como Autoridad Tradicional de la (s) Comunidades de: Montelio

A: Irma Uriana identificado con la Cédula de Ciudadanía Nº 26.962.118 expedida en Riohacha y se autoriza para que se suscriba y firme el convenio en Representación de las Comunidades que representa.

No habiendo más de que tratar se dio por terminada la reunión en Montelio el día 11 de Mayo de **Dos Mil Diecinueve (2019).**

Para mayor constancia suscribe esta Acta de Asamblea General la Autoridad Tradicional de las Comunidades de _____

Irma Uriana

Firma Autoridad Tradicional

26.962.218

HUELLA

Nombres y Apellidos Autoridad Tradicional

ACTA DE ASAMBLEA GENERAL

En la localidad de Madeira, siendo las 9:45 del día 24 de Diciembre de **Dos Mil Diecinueve (2019)**. Se inicia la Asamblea General de la Comunidad Wayuu de la Comunidad Madeira, mandato que han recibido por esas Comunidades, para tratar el Económico, Social y Cultural de acuerdo a la Autonomía Tradicional representantes, acordaron establecer la Autoridad Tradicional de conformidad con el Decreto 1396 de Junio de 1994, para el siguiente día.

1. Llamado a lista de los presentes
2. Explicación de los objetivos de la Asamblea
3. Reconocimiento de la Autoridad Tradicional y la Junta Directiva
4. Clausura

En el desarrollo de la anterior agenda se dejó constancia de lo siguiente: contenido planteado en la Asamblea. Se dejó constancia de la asistencia de presentes para explicar los objetivos de la reunión. Se dejó constancia de la Tradicional de la (s) Comunidad(es) de Cerro de Cuadra

Acta: Firma Ulianet

Firma Autoridad Tradicional

Nombres y Apellidos Autoridad Tradicional

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 26.982.218

APELLIDOS
URIANA

NOMBRES
IRMA

NO FIRMA
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 31-DIC-1946
MAICAO
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

07-ENE-1979 RIOHACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

FORMATO DE VERIFICACIÓN PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL PROPIA PARA EL PUEBLO WAYUU.

1. Información General:

   Año/Mes/Día: 15/02/2025 Nombre de Municipio: Manaure

   Nombre de Centro Zonal: Riohacha 1

2. Se realiza el proceso de verificación a:

- Autoridad tradicional X
- Autoridad ancestral _____
- Asamblea o reunión con presencia de las respectivas autoridades _____

3. Nombre de la Comunidad: Uaurén
4. Nombre del Corregimiento: Sector Musichi
5. El proceso de verificación corresponde a:

- Continuidad _____ *(Continuar a partir de la pregunta 6)*
- Nueva contratación X *(Continuar a partir de la pregunta 9)*

6. ¿Como autoridad está de acuerdo que la *(Nombre completo de la asociación o de la organización y tipo de UE, si es indígena, UT o fundación*

   A. A.T. Wayuu Guatajaipa ahd.

   (En caso de ser UT, registrar nombre de la UT y de las asociaciones u organizaciones que la conforman)

   ¿Continúa implementando la atención propia para el pueblo Wayuu en su comunidad?

- Sí ___ *(Continuar a partir de la pregunta 12)*
- No X *(Continuar a partir de la pregunta 7)*

7. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT)* sugerida por la comunidad para dar continuidad a la atención integral al Pueblo Wayuu

   A.A.T.I Wayuu Territorio de Isho

8. Preguntar a la autoridad o su delegado si ¿Sabe si la asociación propuesta viene de continuidad o es nueva?

- Continuidad X
- Nueva _____

9. ¿Como autoridad de su comunidad, está de acuerdo que la asociación *(Nombre de la organización, asociación, fundación o UT para nueva contratación)*

   _____

   implemente la atención integral para el pueblo Wayuu en su territorio?

- De acuerdo X *(continuar con los datos de la autoridad 12)*
- No estoy de acuerdo_____ *(Pasar a la Pregunta 10)*

10. ¿Cuenta su comunidad con otra asociación, organización, fundación o UT, para operar la atención al pueblo Wayuu en su territorio?

- Si ____ *(Continuar con la pregunta 11)*
- No X (Continuar *con los datos de la autoridad 12)*

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

11. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT) sugerida* por la comunidad para implementar la atención integral al Pueblo Wayuu para contratación nueva
A. A. T I W. Territorio de Isho.
12. Nombre de la autoridad a quién se realiza la verificación García Epieyu
13. Número de Cédula de la Autoridad: 17.880.064.
14. Número de celular: 3238661117
15. Firma: x
16. Huella de la autoridad:
17. En caso de no contar con la presencia de la autoridad, se presenta delegado y la persona, ¿cuenta con autorización escrita, por parte de la autoridad tradicional o ancestral de la comunidad?
- Si ——
- No x
18. La persona autorizada por la autoridad presenta:
- Acta de posesión de la autoridad (Fotocopia) _____
- Fotocopia de la cédula de la autoridad_____
- Fotocopia de cédula de la persona autorizada _____
- Vídeo de la autoridad tradicional o ancestral que avala o no a la asociación objeto de verificación para la continuidad o nuevo proceso de contratación de la atención integral para el pueblo Wayuu_____
19. Nombre de la persona delegada por la autoridad tradicional o ancestral:
_____
20. Cédula del delegado por autoridad_____
21. Firma de la persona delegada por la autoridad: _____
22. Huella del delegado por parte de la autoridad. _____
23. Nombre y apellido de la persona que realizó la verificación: Diana Marquez.
24. Cédula: 40 935 311
25. Celular: 3113615107
26. Firma la persona que realizó la verificación: Diana Marquez.
27. Observaciones:
Alerta: esta autoridad manifiesta su deseo de Cambio de Operador en el 2024. Recibio atencion en el 2024 con la A.A.T I Wajajaipawahu y para el 2025 da Aval al operado. A.A.T I W. Territorio de Isho.

(Por favor registrar en este aparte alguna novedad o alerta que se deberá tener en cuenta, como por ejemplo: La comunidad no recibió una buena atención, por ello no continua con la asociación, la comunidad no cuenta con una asociación por el momento que implemente la atención integral para el pueblo Wayuu, la autoridad no presenta los documentos completos que lo respalden como autoridad de la comunidad, la persona autorizada por la autoridad no cuenta con el video o con carta de autorización y registrar las posibles soluciones que se brindan con fecha si es necesario).

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA
MUNICIPIO DE MANAURE
NIT 892115024-8

EL SECRETARIO DE GOBIERNO Y PARTICIPACION CIUDADANA
MUNICIPIO DE MANAURE – LA GUAJIRA

HACE CONSTAR:

Que el señor(a) **GARCIA EPIEYU,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía **N° 17.880.064** expedida en Manaure (La Guajira), se encuentra reconocido(a) como única **AUTORIDAD TRADICIONAL WAYUU DE LA COMUNIDAD DE MAUREN,** Según consta en el Libro de Actas de Posesión de Autoridades Tradicionales Wayuu de la Alta y Media Guajira, Folio **N° 45** del Libro N° **09**, posesionado el día Veinticinco (25) del Mes de Agosto de Dos Mil Seis (2006).

EL PRESENTE DOCUMENTO ES PARA TRÁMITES
CONCERTACION I.C.B.F.

Para tal efecto se expide la presente solicitud a petición del interesado. Dado en Manaure (La Guajira), el día Nueve (09) del mes de **ENERO** de Dos Mil Veinticinco (2025).

DANIEL JOSE JULIO SALAS
Secretario de Gobierno y Participación Ciudadana

Proyectó y Revisó: LIZBELLYZ PABON AMAYA

Proyectó y Revisó: DANNA GALVAN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **17.880.064**

EPIEYU

APELLIDOS

GARCIA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-DIC-1950**

URIBIA
(LA GUAJIRA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-SEP-1973 MANAURE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-4801100-01094332-M-0017880064-20190820 0067458495A 1 52162630

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

FB P1 MI	12/08/2024
Versión 9	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Publica	

ACTIVIDAD: Verificación de Territorio de Isla — FECHA 15/02/2025

HORA INICIAL 9:00 am — HORA FINAL 2:00 pm — LUGAR C: Ichichamana

DEPENDENCIA LIDER: Centro Zonal #2 Manaure.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN		TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA	
							PLANTA	CONTRATO				PM
1	Jose David Pushaina	17952086	Autoridad									
2	Alba Pushaina A.	40954070	Lider									
3	Carmita Epieyu	40957349	Autoridad						3027421078			
4	Viviana Pushaina	1192916217	miembro						3027421078			
5	Amairis Henriquez	1124520613	Lider						3172775043			
6	Aida Henriquez	1122732025	miembro						3216359585			
7	Alberto Epiana	17857589	Autoridad						3127375011			
8	Leonardo Epieyu	1124363221	Autoridad						3183486190			
9	Elita Epieyu	40841304	Autoridad									
10	Antonio Arpushana	5182030	Autoridad						3145634855			
11	Alejandro Pushaina	17856080	Autoridad									
12	Onesimo Pushaina	1192736745	Lider						3215556117			
13	Saul Epieyu P.	17856053	Autoridad						3248409621			
14	Jose Guariyu	17945144	Autoridad									
15	Irma Uriana	26962218	Autoridad						3186592141			
16	Yelinis Epieyu	1124361476	Lider						3186592141			
17	Amilcar Epieyu	1192720679	miembro						3136699115			
18	Magali Martinez	56062537	Autoridad						3148100825			
19	Maria Pushaina	40953298	miembro						3113726328			
20	Lorio Epieyu	84109704	Lider						3135393159			

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

Cualquier copia impresa de este documento es de carácter COPIA CONTROLADA

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



BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

FBP1.MI	12/06/2024
Versión 9	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Publica	

ACTIVIDAD: Verificación de Operador Técnico. FECHA: 15/02/2025

HORA INICIAL: 9:00 am. HORA FINAL: 12:00 pm. LUGAR: C.I. Ichichamano

DEPENDENCIA LIDER: Centro Zonal Alanares

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN		TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA	
							PLANTA	CONTRATO			AM	PM
1	Nestor Uriana	1192721789	Miembro						3217485228			
2	Alvaro Uriana	1785655	Autoridad						3196357379			
3	Andres Uriana	1193549859	miembro						3232906729			
4	Alara Epinayu	1192786344	miembro						3218567564			
5	Romero Pushaina	1785638	Autoridad						3128572940			
6	Yudis Epieyu	1192916227	miembro						3226776802			
7	Emelina Epieyu	1124363335	miembro						3146307388			
8	Jhony Uriana	1124363328	miembro						3238661112			
9	Ailer Henriquez	1122839973	Miembro						3127386082			
10	Osnaider Epinayu	1124366484	miembro						3147742813			
11	Miriam Juyayu	40838106	Autoridad						3176781292			
12	David Juyayu	1124363442	miembro						3225896007			
13	Jose Gonzalez	1124031040	Lider						3136651623			
14	Alejandro Epinayu	1192905697	Lider						3106685778			
15	Leilson uriana	1192728117	miembro						3216630757			
16	Vendi Uriana	1192728114	miembro						3207312295			
17	Jose Epieyu	1785882	miembro						3114321617			
18	Antonio Rosado	1124371660	Autoridad						3216805184			
19	Maria Luisa Gamez	56081884	Lider						3026662312			
20	Asler Freyle	84071984	Lider						3163834112			

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento es considerada como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
MEJORA E INNOVACIÓN

FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA

F8 P1 MI	12/08/2024
Versión 9	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Publica	

ACTIVIDAD: Verificación a operador AIW.T. Deisho. FECHA 15/02/2025

HORA INICIAL: 9:00 am HORA FINAL 12:00 pm LUGAR

DEPENDENCIA LIDER: Centro Zonal Manaure.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	ENTIDAD	REGIONAL	CENTRO ZONAL O DEPENDENCIA	TIPO DE VINCULACIÓN		TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA	
							PLANTA	CONTRATO			AM	PM
1	Mauricio Uriana	169587	Autoridad						3107343827			
2	Maria Uriana	40840708	Lider						3107343827			
3	Maria Cecilia Uriana	56103652	miembro						3205540430			
4	Garcia Epieyu	17880664	Autoridad									
5	Regita Epieyu	40857318	miembro									
6	Francisco Epinayu	17857155	Autoridad						3127990103			
7	Leonardo Gonzalez	15207928	Miembro						3233262597			
8	Amandi Epinayu	1124359221	miembro						3117306545			
9	Roman Uriana	84035452	Autoridad						3207312295			
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 SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SEGÚN LEY 1581 DE 2012



ACTA DE REUNIÓN O COMITÉ N°			
Hora:	9:00 am – 12:00 pm	**Fecha:**	15 / 02 / 2025
Lugar:	Comunidad Ichachimana.		
Dependencia que Convoca:	Centro Zonal Manaure.		
Proceso:	Proceso de Verificación a operador. Asociación de Autoridades T. T. Wayuu Territorio de Isho.		

Agenda: 1.- presentación del equipo de Verificadores de la Regional Guajira.
2- socialización del proceso de Verificación y dudas al respecto sobre Cambios en la Guía.
3 - realización del proceso a Verificar Con Toma de Video a los autoridades, posterior a la Verificación y despedidas

Desarrollo: Siendo las 9:15 am llegamos a la Comunidad Ichachimana en el municipio de manaure. ha desarrollar actividad de Verificación al pueblo wayuu en la Modalidad pilotaje (Plai).
Como primer punto nos presentamos, luego se procede a explicar la dinamica de la actividad. se llamo a los autoridades se le toma los informes del aval al operador que los postulo o los

PÚBLICA

que desean Cambio de operador para este Caso la Verificador radica en Cambio de operador; las autoridades que hicieron presencia a este punto de encontrar Vereda en Continuidad con otros operadores bajo la Modalidad piloto fue. el cual, se realizo sin ninguna dificultad, pero si hubo un espacio donde se presentaron 5 Comunidades que Vienen de Continuidad en Modalidad propia; alegando su deseo de Cambio a piloto fue. y es ahi donde se le explica que por directrices de la regional esas Comunidades no se podian Verificar por que al momento. la prioridad es (mai) alegan que ya hicieron la Solicitud de Cambio en el Mes de diciembre pero a la fecha no. se han dado respuesta. se le informa que se hagan Seguimiento a la solicitud y que en su primer Comite pueden hacer esa Solicitud. no siendo más se da por Terminada la actividad a las 12:00 pm en la Comunidad de Ishachimana Alta Maranon.

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

FIRMA ASISTENTES

Nombre	Cargo o rol / Dependencia	Entidad	Firma
x Libardo Pushaina	Lider	Paraiso	
Amirys Henriquez	Lider	Jasaina Teshimana	
Alejandro Epiayu	Lider	Rulipa Nuua	
Agustin Uriana	Representante legal	Territorio Ishu	Agustin U.
Diana Marquez-B.	Contratista.	I.C.B.F	Diana Marquez.
JEAN FONSECA	CONTRATISTA	ICBF	JFONSECA

Próxima reunión	Fecha	Hora	Lugar
Colaborador que elabora el acta:			

PÚBLICA

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

FORMATO DE VERIFICACIÓN PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL PROPIA PARA EL PUEBLO WAYUU.

1. Información General:

   Año/Mes/Día: 15/02/25 Nombre de Municipio: MANAURE

   Nombre de Centro Zonal: MANAURE

2. Se realiza el proceso de verificación a:

- Autoridad tradicional X
- Autoridad ancestral _____
- Asamblea o reunión con presencia de las respectivas autoridades _____

3. Nombre de la Comunidad: JASAINAPU TESHIMANA.
4. Nombre del Corregimiento: SECTOR SABANA.
5. El proceso de verificación corresponde a:

- Continuidad X *(Continuar a partir de la pregunta 6)*
- Nueva contratación ____ *(Continuar a partir de la pregunta 9)*

6. ¿Como autoridad está de acuerdo que la *(Nombre completo de la asociación o de la organización y tipo de UE, si es indígena, UT o fundación*
   ASOCIACION TEHINHA

   (En caso de ser UT, registrar nombre de la UT y de las asociaciones u organizaciones que la conforman)
   ¿Continúa implementando la atención propia para el pueblo Wayuu en su comunidad?

- Sí ___ *(Continuar a partir de la pregunta 12)*
- No X *(Continuar a partir de la pregunta 7)*

7. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT)* sugerida por la comunidad para dar continuidad a la atención integral al Pueblo Wayuu
   ASOCIACION TEHINHO DE ISHO.

8. Preguntar a la autoridad o su delegado si ¿Sabe si la asociación propuesta viene de continuidad o es nueva?

- Continuidad X
- Nueva _____

9. ¿Como autoridad de su comunidad, está de acuerdo que la asociación *(Nombre de la organización, asociación, fundación o UT para nueva contratación)*
   ASOCIACION TEHINHO DE ISHO.
   implemente la atención integral para el pueblo Wayuu en su territorio?

- De acuerdo X *(continuar con los datos de la autoridad 12)*
- No estoy de acuerdo_____ *(Pasar a la Pregunta 10)*

10. ¿Cuenta su comunidad con otra asociación, organización, fundación o UT, para operar la atención al pueblo Wayuu en su territorio?

- Si ____ *(Continuar con la pregunta 11)*
- No X (Continuar *con los datos de la autoridad 12)*

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

11. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT) sugerida* por la comunidad para implementar la atención integral al Pueblo Wayuu para contratación nueva

_____

12. Nombre de la autoridad a quién se realiza la verificación ALBERTO EPIANIA
13. Número de Cédula de la Autoridad: 17.851.589
14. Número de celular: 312 737 50 11
15. Firma: Alberto Epiana.
16. Huella de la autoridad: _____
17. En caso de no contar con la presencia de la autoridad, se presenta delegado y la persona, ¿cuenta con autorización escrita, por parte de la autoridad tradicional o ancestral de la comunidad?

- Si ___
- No X

18. La persona autorizada por la autoridad presenta:

- Acta de posesión de la autoridad (Fotocopia) _____
- Fotocopia de la cédula de la autoridad_____
- Fotocopia de cédula de la persona autorizada _____
- Vídeo de la autoridad tradicional o ancestral que avala o no a la asociación objeto de verificación para la continuidad o nuevo proceso de contratación de la atención integral para el pueblo Wayuu_____

19. Nombre de la persona delegada por la autoridad tradicional o ancestral:

_____

20. Cédula del delegado por autoridad_____
21. Firma de la persona delegada por la autoridad: _____
22. Huella del delegado por parte de la autoridad. _____
23. Nombre y apellido de la persona que realizó la verificación: JAIME OSMA D.
24. Cédula: 80158010
25. Celular: 3017544666
26. Firma la persona que realizó la verificación: JFOSMA D.
27. Observaciones:

SOLICITA CAMBIO DE OPERANTE A TERRITORIO ISLA.

(Por favor registrar en este aparte alguna novedad o alerta que se deberá tener en cuenta, como por ejemplo: La comunidad no recibió una buena atención, por ello no continua con la asociación; la comunidad no cuenta con una asociación por el momento que implemente la atención integral para el pueblo Wayuu; la autoridad no presenta los documentos completos que lo respalden como autoridad de la comunidad; la persona autorizada por la autoridad no cuenta con el video o con carta de autorización y registrar las posibles soluciones que se brindan con fecha si es necesario).



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

17.857.589

IPUANA

ALBERTO

Alberto I

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-JUN-1964

MANAURE
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

17-OCT-1989 MANAURE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA
MUNICIPIO DE MANAURE
COMUNIDAD JASAINAPÜ – TESHIMANA SECTOR SABANA
ACTA DE ASAMBLEA GENERAL

Fecha: 15 de octubre de 2022

Lugar: comunidad Jasainapü – Teshimana sector sabana. Municipio de Manaure

Participantes: comunidad en general

Tema: Asamblea general para la escogencia del sucesor de la autoridad tradicional que estará a cargo del proceso comunitario según nuestros usos y costumbres.

Nosotros los miembros de la comunidad Jasainapü – Teshimana, identificados como aparece al pie de nuestras firmas, todos mayores de edad, ubicados en la jurisdicción del municipio de Manaure, reunidos en asamblea general en la comunidad de Jasainapü – Teshimana sector sabana según nuestros usos y costumbres, nombrando como líder de la asamblea a la señora ANAIRYS HENRIQUEZ y como secretaria a la señorita ALDIS HENRIQUEZ para desarrollar el tema de la escogencia del sucesor de nuestra autoridad tradicional y para tal acordamos el siguiente orden del día:

Orden de la asamblea

1. Palabras de bienvenida
2. Socialización del objetivo de la asamblea
3. Plenaria y escogencia del sucesor de la autoridad tradicional
4. Firmas de los miembros de la comunidad.

Desarrollo

1. La reunión se da inicio con saludos y agradecimientos a los que estuvieron presentes por parte de la líder.
2. La líder de la asamblea socializa el objetivo de la reunión, interviniendo sobre los sucesos ocurridos desde la fecha 14 de marzo de 2021 donde se escogió al señor Luis Ángel Ipuana como autoridad tradicional que en paz descanse, para llevar a cabo el proceso organizativo de nuestra comunidad, pero por la naturaleza humana partió a la eternidad el día 6 de octubre de 2021 dejando un gran vacío en nuestros corazones y a la vez coloco un fundamento para nuestra lucha por ser reconocidos ante la entidad territorial y la lucha por nuestros derechos legales amparados en la constitución política nacional y las leyes que expresan en sus artículos las cuales han sido de mayor importancia para toda persona y en especial nosotros los indígenas que habitamos en el territorio nacional de Colombia.
   Por los hechos que ocurrieron debemos escoger nuestra autoridad tradicional que estar a cargo de las gestiones legales que correspondan a la

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA
MUNICIPIO DE MANAURE
COMUNIDAD JASAINAPÜ – TESHIMANA SECTOR SABANA
ACTA DE ASAMBLEA GENERAL

comunidad y deben ser prioridades en sus funciones;

- la legalización de la comunidad ante la alcaldía de Manaure la Guajira
- Velar por los derechos de los miembros de la comunidad y en especial de nuestros niños futuros de la sociedad.
- Deberá gestionar agua salud educación y atención en la primera infancia como lo dicta sentencia T-302 del 2017 y es de vital importancia

3. Seguidamente se escogerá a la autoridad tradicional según nuestro usos y costumbres matrilineales y hemos postulado nuestro tío mayor Alberto Ipuana identificado con C.C: 17.857.589 quien estará a cargo del desarrollo de la comunidad Jasainapü - Teshimana

   Manifestaciones: El señor Juan Ipuana miembro de la comunidad dice que se necesita ante todo la unión para lograr estos objetivos no es cuestión de solo esperar si no de hacer, presionar, y mantenernos firmes porque tenemos muchas necesidades en la comunidad.

   También intervino la señora María Ipuana diciendo que se necesita estar siempre unidos, disponibles para cualquier apoyo a los que lideran el proceso para que se pueda lograr esta meta tan importante para nuestra comunidad que es legalizarla y tener participación en nuestro derecho fundamental.

4. Para constancia de la presente firman:
   Líder de la asamblea
   Secretaria de la asamblea
   Autoridad tradicional escogido por la asamblea
   Miembros de la comunidad

Nombres y Apellidos	Numero de identificación	Cargo	Firma y Huella
Alberto Ipuana	17.857.589	Autoridad Tradicional	Alberto Ipuana
Anairys Henriquez	1.124.520.613	Lider	Anairys H.
Aldis Henriquez Ep.	1.122.838.540	Secretaria	Aldys Henriquez
Levi Ipuana	1.124.490.172	miembro	Levi Ipuana

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA
MUNICIPIO DE MANAURE
COMUNIDAD JASAINAPÜ-TESHIMANA SECTOR SABANA
ASAMBLEA GENERAL
LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA Y HUELLA
Maryuris Deluque	1.124.377.675	miembro	Maryuris Deluque
Jose Nadiv Ruiz	1.124.527.223	miembro de la comunidad	Jose Nadiv Ruiz
Luis Alberto Ipuana	1124.362.455	miembro de la comunidad	Luis Alberto I.
Betulia Epieyu	56.063.038	miembro	Betulia Epieyu
Jose Domingo Ipuana	17.859.100	miembro	Josedomingo Epieyu
Almeiro Henriquez E.	1.192.783.288	miembro	Almeiro Enriquez
Sandra Epieyu	1.124.359.554	miembro	Sandra Epieyu
Lelia Ipuana	1.124.359.610	miembro	Lelia Ipuana
Sara Ipuana	1.124.362.463	miembro	
Humberto Ipuana	1.124.362.456	miembro	Humberto
Sol Maria Epinayu	1.124.36.486	miembro	Solmaria
Rene Jusayu	1.124.479.126	miembro	Rene
Adelina Ipuana	1.124.362.457	miembro	Adelina Ipuana
Juan Ipuana	17.868.612	miembro	Juan Ipuana
Maria Ipuana	56.063.018	miembro	
Yanins Pushaina	1.124.050.109	miembro	
Aldis Henriquez	1.122.838.540	Secretaria	Aldis Henriquez
Aida Henriquez	1.192.732.025	miembro	Aida Henriquez E.
Joseta Ipuana	56.102.711	miembro	Joseta Ipuana
Eduardo Epieyu	Sin dowmento	miembro	

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA
MUNICIPIO DE MANAURE
COMUNIDAD JASAINAPÚ-TESHIMANA SECTOR SABANA
ASAMBLEA GENERAL
LISTADO DE ASISTENCIA

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA Y HUELLA
Telemina Ipuana	1.124.362.458	miembro	Telemina I.
Isnaida Cotes	1.192.733.174	miembro	Isnaida cotes
Benilda cotes	1124.494 866	miembro	Benilda cotes
Aimelia cotes	1124.517720	miembro	Aimelia cotes
Yoni Pushaina	1.140.366.420	miembro	Yoni
Libardo Pushaina	1124399612	Miembro	
Manuel Gonzalez	V:22.061 346	miembro	Manuel
Reinaldo Gonzalez	V-24713158-9	miembro	Reinaldo
Zunilda Ipuana P.	Sin documento	miembro	
Carmelita Ipuana	Sin documento	miembro	

Escaneado con CamScanner

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

FORMATO DE VERIFICACIÓN PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL PROPIA PARA EL PUEBLO WAYUU.

1. Información General:

   Año/Mes/Día: 15/02/25 Nombre de Municipio: MANAURE

   Nombre de Centro Zonal: MANAURE

2. Se realiza el proceso de verificación a:

- Autoridad tradicional X
- Autoridad ancestral _____
- Asamblea o reunión con presencia de las respectivas autoridades _____

3. Nombre de la Comunidad: JEPINA
4. Nombre del Corregimiento: SEURA SAORNA.
5. El proceso de verificación corresponde a:

- Continuidad X *(Continuar a partir de la pregunta 6)*
- Nueva contratación ____ (*Continuar a partir de la pregunta 9)*

6. ¿Como autoridad está de acuerdo que la *(Nombre completo de la asociación o de la organización y tipo de UE, si es indígena, UT o fundación*
   ASOCIACION KUMINKA.
   (En caso de ser UT registrar nombre de la UT y de las asociaciones u organizaciones que la conforman)
   ¿Continúa implementando la atención propia para el pueblo Wayuu en su comunidad?

- Sí ___ *(Continuar a partir de la pregunta 12)*
- No X *(Continuar a partir de la pregunta 7)*

7. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT)* sugerida por la comunidad para dar continuidad a la atención integral al Pueblo Wayuu
   ASOCIACION TERRITORIO DE ISHU.

8. Preguntar a la autoridad o su delegado si ¿Sabe si la asociación propuesta viene de continuidad o es nueva?

- Continuidad X
- Nueva _____

9. ¿Como autoridad de su comunidad, está de acuerdo que la asociación *(Nombre de la organización, asociación, fundación o UT para nueva contratación)*
   ASOCIACION TERRITORIO DE ISHU.
   implemente la atención integral para el pueblo Wayuu en su territorio?

- De acuerdo _____ *(continuar con los datos de la autoridad 12)*
- No estoy de acuerdo_____ *(Pasar a la Pregunta 10)*

10. ¿Cuenta su comunidad con otra asociación, organización, fundación o UT, para operar la atención al pueblo Wayuu en su territorio?

- Si ____ *(Continuar con la pregunta 11)*
- No ____ (Continuar *con los datos de la autoridad 12)*

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

11. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT) sugerida* por la comunidad para implementar la atención integral al Pueblo Wayuu para contratación nueva

_____

12. Nombre de la autoridad a quién se realiza la verificación ALEJANDRO PUSHAINA
13. Número de Cédula de la Autoridad: 17 856 080
14. Número de celular: 321 555 61 17 .

15. Firma: _____



16. Huella de la autoridad: X _____
17. En caso de no contar con la presencia de la autoridad, se presenta delegado y la persona, ¿cuenta con autorización escrita, por parte de la autoridad tradicional o ancestral de la comunidad?

- Si ——
- No ——

18. La persona autorizada por la autoridad presenta:

- Acta de posesión de la autoridad (Fotocopia) _____
- Fotocopia de la cédula de la autoridad_____
- Fotocopia de cédula de la persona autorizada _____
- Vídeo de la autoridad tradicional o ancestral que avala o no a la asociación objeto de verificación para la continuidad o nuevo proceso de contratación de la atención integral para el pueblo Wayuu_____

19. Nombre de la persona delegada por la autoridad tradicional o ancestral:

_____

20. Cédula del delegado por autoridad_____
21. Firma de la persona delegada por la autoridad:_____
22. Huella del delegado por parte de la autoridad. _____
23. Nombre y apellido de la persona que realizó la verificación: JUAN F DAZA A.
24. Cédula: 80158 00
25. Celular: 301 754 4866
26. Firma la persona que realizó la verificación: JFDAZA A.
27. Observaciones:

SOLICITA CAMBIO DE OPERADOR A ASOCIACION NEMETUKU ISHO.

(Por favor registrar en este aparte alguna novedad o alerta que se deberá tener en cuenta, como por ejemplo: La comunidad no recibió una buena atención, por ello no continua con la asociación; la comunidad no cuenta con una asociación por el momento que implemente la atención integral para el pueblo Wayuu; la autoridad no presenta los documentos completos que lo respalden como autoridad de la comunidad; la persona autorizada por la autoridad no cuenta con el video o con carta de autorización y registrar las posibles soluciones que se brindan con fecha si es necesario).

...LICA DE COLOMBIA

...DANIA Nº 17.856.080

...(La Guajira)

APELLIDOS PUSHAINA PUSHAINA

NOMBRES Alejandro

14-Oct-1942--Maicao(La Guajira)

ESTATURA 1-60 COLOR Trig.

SEÑALES Ninguna

FECHA 2-Nov-81

"Manifiesta no saber firmar"

FIRMA DEL CIUDADANO



REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA

MUNICIPIO DE MANAURE

SECRETARIA DE GOBIERNO Y PARTICIPACION CIUDADANA

ACTA DE POSESION

En Manaure, Departamento de la Guajira, a los dieciséis (16) días del mes de *febrero* de dos mil seis (2006), se presento el (a), wayuu: ALEJANDRO PUSHAINA, identificado con la cedula de ciudadanía No 17.856.080 Expedida en Manaure- La Guajira, quien pertenece a la etnia wayuu con el fin de tomar posesión formal del cargo de **AUTORIDAD TRADICIONAL WAYUU DE LA COMUNIDAD DE JEPINA.**

Para tal efecto se tomo el juramento legal ordenado por el Articulo 351 de la Ley 4ª de 1993, bajo cuya gravedad del juramento prometió cumplir cabalmente con los deberes para el cual fue ordenado.

Se expide la presente ACTA DE POSESION, a los Quince (15) días del mes de Agosto de dos mil siete (2007).

EL ALCALDE MUNICIPAL (APARECE UNA FIRMA) WILFREDO GARCIA MENGUAL.

EL POSESIONADO: (APARECE UNA HUELLA) ALEJANDRO PUSHAINA.

EL SECRETARIO: (APARECE UNA FIRMA). ALVARO GOMEZ IBARRA

LIZZETH CECILIA LOZADA BARROS.

Secretaria de gobierno y participación ciudadana.

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

FORMATO DE VERIFICACIÓN PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL PROPIA PARA EL PUEBLO WAYUU.

1. Información General:

   Año/Mes/Día: 15/02/16 Nombre de Municipio: MANAURE

   Nombre de Centro Zonal: MANAURE

2. Se realiza el proceso de verificación a:

- Autoridad tradicional X
- Autoridad ancestral _____
- Asamblea o reunión con presencia de las respectivas autoridades _____

3. Nombre de la Comunidad: CHOBATAMANA.
4. Nombre del Corregimiento: MANAURE
5. El proceso de verificación corresponde a:

- Continuidad X *(Continuar a partir de la pregunta 6)*
- Nueva contratación ____ (*Continuar a partir de la pregunta 9)*

6. ¿Como autoridad está de acuerdo que la *(Nombre completo de la asociación o de la organización y tipo de UE, si es indígena, UT o fundación*
   AUTY JERRTE WAKUNJA.
   (En caso de ser UT, registrar nombre de la UT y de las asociaciones u organizaciones que la conforman)
   ¿Continúa implementando la atención propia para el pueblo Wayuu en su comunidad?

- Sí ___ *(Continuar a partir de la pregunta 12)*
- No X *(Continuar a partir de la pregunta 7)*

7. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT)* sugerida por la comunidad para dar continuidad a la atención integral al Pueblo Wayuu
   AATW TERRITORIO DE ISHO.

8. Preguntar a la autoridad o su delegado si ¿Sabe si la asociación propuesta viene de continuidad o es nueva?

- Continuidad V
- Nueva _____

9. ¿Como autoridad de su comunidad, está de acuerdo que la asociación *(Nombre de la organización, asociación, fundación o UT para nueva contratación)*
   AATW TERRITORIO DE ISHO.
   implemente la atención integral para el pueblo Wayuu en su territorio?

- De acuerdo _____ *(continuar con los datos de la autoridad 12)*
- No estoy de acuerdo_____ *(Pasar a la Pregunta 10)*

10. ¿Cuenta su comunidad con otra asociación, organización, fundación o UT, para operar la atención al pueblo Wayuu en su territorio?

- Si ____ *(Continuar con la pregunta 11)*
- No ____ (Continuar *con los datos de la autoridad 12)*

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

11. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT) sugerida* por la comunidad para implementar la atención integral al Pueblo Wayuu para contratación nueva

_____

12. Nombre de la autoridad a quién se realiza la verificación FRANCISCO EPINAYU.
13. Número de Cédula de la Autoridad: 12857155
14. Número de celular: 3126799103.
15. Firma: Francisco Epinayu.
16. Huella de la autoridad: _____
17. En caso de no contar con la presencia de la autoridad, se presenta delegado y la persona, ¿cuenta con autorización escrita, por parte de la autoridad tradicional o ancestral de la comunidad?

- Si ___
- No ___

18. La persona autorizada por la autoridad presenta:

- Acta de posesión de la autoridad (Fotocopia) _____
- Fotocopia de la cédula de la autoridad _____
- Fotocopia de cédula de la persona autorizada _____
- Vídeo de la autoridad tradicional o ancestral que avala o no a la asociación objeto de verificación para la continuidad o nuevo proceso de contratación de la atención integral para el pueblo Wayuu _____

19. Nombre de la persona delegada por la autoridad tradicional o ancestral:

_____

20. Cédula del delegado por autoridad _____
21. Firma de la persona delegada por la autoridad: _____
22. Huella del delegado por parte de la autoridad. JAIR F. DALA D.
23. Nombre y apellido de la persona que realizó la verificación: JAIR F. DALA D.
24. Cédula: 80150410
25. Celular: 3017544460.
26. Firma la persona que realizó la verificación: _____
27. Observaciones:

SOLICITA CAMBIO DE OPERADOR.

(Por favor registrar en este aparte alguna novedad o alerta que se deberá tener en cuenta, como por ejemplo: La comunidad no recibió una buena atención, por ello no continua con la asociación; la comunidad no cuenta con una asociación por el momento que implemente la atención integral para el pueblo Wayuu; la autoridad no presenta los documentos completos que lo respalden como autoridad de la comunidad; la persona autorizada por la autoridad no cuenta con el video o con carta de autorización y registrar las posibles soluciones que se brindan con fecha si es necesario).

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA
MUNICIPIO DE MANAURE
NIT 892115024-8

EL SECRETARIO DE GOBIERNO Y PARTICIPACION CIUDADANA
MUNICIPIO DE MANAURE – LA GUAJIRA

HACE CONSTAR:

Que el señor(a) **FRANCISCO JULIO EPINAYU GOAURIYU,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía **N° 17.857.155** expedida en Manaure (La Guajira) se encuentra reconocido (a) como única **AUTORIDAD TRADICIONAL WAYUU DE CHUBATAMANA,** según consta en el Libro de Actas de Posesión de Autoridades Tradicionales Wayuu de la Alta y Media Guajira, Folio **N° 53** del Libro **N° 09,** posesionado el día Veintinueve (29) del Mes de Agosto de Dos Mil Seis (2006).

EL PRESENTE DOCUMENTO ES PARA TRÁMITES
SEGURIDAD SOCIAL

Para tal efecto se expide la presente solicitud a petición del interesado. Dado en Manaure (La Guajira), el día Nueve (09) del mes de **DICIEMBRE** de Dos Mil Veinticuatro (2024).

DANIEL JOSE JULIO SALAS
Secretario de Gobierno y Participación Ciudadana

Proyectó y Revisó: LIZBELLYZ PABON AMAYA

Proyectó y Revisó: DANNA GALVAN



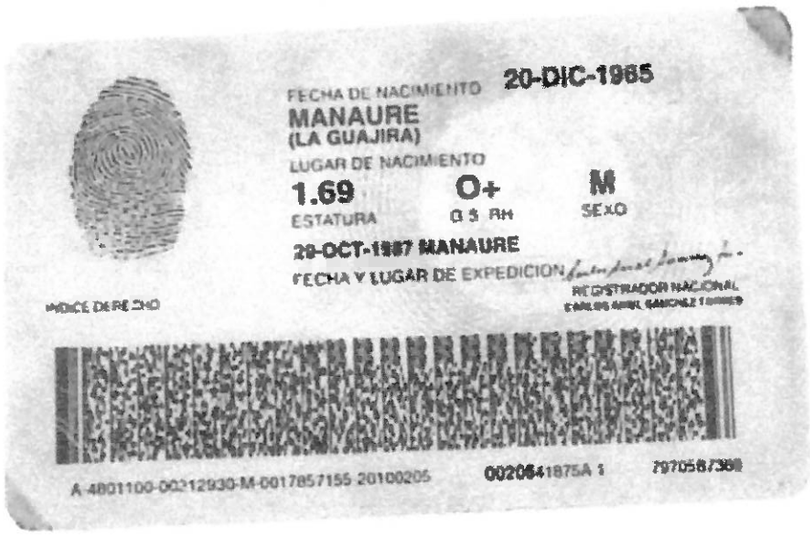
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.857.155
EPINAYU GOAURIYU

APELLIDOS
FRANCISCO JULIO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-DIC-1965
MANAURE
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69 O+ M
ESTATURA G S RH SEXO
29-OCT-1987 MANAURE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-4801100-00212930-M-0017857155 20100205 0020641875A 1 7070587368

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

FORMATO DE VERIFICACIÓN PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL PROPIA PARA EL PUEBLO WAYUU.

1. Información General:

   Año/Mes/Día: 15/02/24 Nombre de Municipio: MANAURE

   Nombre de Centro Zonal: MANAURE

2. Se realiza el proceso de verificación a:

- Autoridad tradicional X
- Autoridad ancestral _____
- Asamblea o reunión con presencia de las respectivas autoridades _____

3. Nombre de la Comunidad: LOUDOMANA.
4. Nombre del Corregimiento: SECTOR SABANA
5. El proceso de verificación corresponde a:

- Continuidad X *(Continuar a partir de la pregunta 6)*
- Nueva contratación ____ *(Continuar a partir de la pregunta 9)*

6. ¿Como autoridad está de acuerdo que la *(Nombre completo de la asociación o de la organización y tipo de UE, si es indígena, UT o fundación*
   AACE JERETE WAKUMPA.
   (En caso de ser UT, registrar nombre de la UT y de las asociaciones u organizaciones que la conforman)
   ¿Continúa implementando la atención propia para el pueblo Wayuu en su comunidad?

- Sí ___ *(Continuar a partir de la pregunta 12)*
- No X *(Continuar a partir de la pregunta 7)*

7. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT)* sugerida por la comunidad para dar continuidad a la atención integral al Pueblo Wayuu
   AATEW TEMINHO DE ESHO.

8. Preguntar a la autoridad o su delegado si ¿Sabe si la asociación propuesta viene de continuidad o es nueva?

- Continuidad X
- Nueva _____

9. ¿Como autoridad de su comunidad, está de acuerdo que la asociación *(Nombre de la organización, asociación fundación o UT para nueva contratación)*
   AATEW TEHINHO DE ESHO.
   implemente la atención integral para el pueblo Wayuu en su territorio?

- De acuerdo X *(continuar con los datos de la autoridad 12)*
- No estoy de acuerdo_____ *(Pasar a la Pregunta 10)*

10. ¿Cuenta su comunidad con otra asociación, organización, fundación o UT, para operar la atención al pueblo Wayuu en su territorio?

- Si ____ *(Continuar con la pregunta 11)*
- No X (Continuar *con los datos de la autoridad 12)*

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

11. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT) sugerida* por la comunidad para implementar la atención integral al Pueblo Wayuu para contratación nueva

_____

12. Nombre de la autoridad a quién se realiza la verificación LEONARDO EPIEYU.
13. Número de Cédula de la Autoridad: 1.144.363221.
14. Número de celular: 3183486140.
15. Firma: Leonardo epieyu pushaina
16. Huella de la autoridad: _____
17. En caso de no contar con la presencia de la autoridad, se presenta delegado y la persona, ¿cuenta con autorización escrita, por parte de la autoridad tradicional o ancestral de la comunidad?

- Si ___
- No X

18. La persona autorizada por la autoridad presenta:

- Acta de posesión de la autoridad (Fotocopia) _____
- Fotocopia de la cédula de la autoridad_____
- Fotocopia de cédula de la persona autorizada _____
- Vídeo de la autoridad tradicional o ancestral que avala o no a la asociación objeto de verificación para la continuidad o nuevo proceso de contratación de la atención integral para el pueblo Wayuu_____

19. Nombre de la persona delegada por la autoridad tradicional o ancestral:

_____

20. Cédula del delegado por autoridad_____
21. Firma de la persona delegada por la autoridad: _____
22. Huella del delegado por parte de la autoridad. _____
23. Nombre y apellido de la persona que realizó la verificación: JANETH A.
24. Cédula: 1010 [illegible]
25. Celular: 301 754 4766
26. Firma la persona que realizó la verificación: JANETH A.
27. Observaciones:

SOLICITA CAMBIO DE OPERADOR A TEHUIRUKU DE ISHO.

(Por favor registrar en este aparte alguna novedad o alerta que se deberá tener en cuenta, como por ejemplo: La comunidad no recibió una buena atención, por ello no continua con la asociación; la comunidad no cuenta con una asociación por el momento que implemente la atención integral para el pueblo Wayuu; la autoridad no presenta los documentos completos que lo respalden como autoridad de la comunidad; la persona autorizada por la autoridad no cuenta con el video o con carta de autorización y registrar las posibles soluciones que se brinden con fecha si es necesario).



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.124.363.221

EPIEYU PUSHAINA

LEONARDO

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-SEP-1986
MANAURE
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
25-ENE-2005 MANAURE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
0008505130B 02 173444084

Libertad y Orden

DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA
RESGUARDO Y DE ALTA Y MEDIA GUAJIRA
MUNICIPIO DE MANAURE COMUNIDAD INDÍGENA WAYUU RULIPUMANA

ACTA DE ASAMBLEA GENERAL N°001-2020

Siendo aproximadamente a las 10:00 am el día 29 de Febrero de 2019 nos reunimos la comunidad en general con el fin de elegir como autoridad al señor **LEONARDO EPIEYU PUSHAINA** donde los miembros de la comunidad en mención manifestaron su acuerdo en la escogencia de su propia autoridad tradicional para ser independientes y por lo tanto puedan ser mencionados sobre los beneficios de la comunidad debido a que no se les da respuesta alguna por que no se encuentran censados en la comunidad de **RULIPUMANA** por lo tanto es menester tener su propia autoridad tradicional por lo tanto de manera unanime todos los miembros de la comunidad deciden que se conforme bajos los usos y costumbres del pueblo indigena wayuu y bajo el linaje del clan **PUSHAINA** la autoridad de la comunidad **RULIPUMANA** que se regirá a través de su gobierno y su derecho propio dentro del territorio

Elección, reconocimiento y nombramiento de la autoridad tradicional de **RULIPUMANA** la asamblea general de la comunidad de **RULIPUMANA** de manera unánime elige, reconoce y nombra como su autoridad tradicional al señor **LEONARDO EPIEYU PUSHAINA** identificado con **C.C. N° 1'124.363.221** expedida en Manaure la Guajira quien es una persona honesta, responsable y un líder innato que lucha por su comunidad: el señor **LEONARDO EPIEYU PUSHAINA** manifiesta ante toda la asamblea que acepta esta elección y nombramiento como autoridad tradicional

Designación del líder de la comunidad de **RULIPUMANA** de manera unánime, los miembros de la comunidad de **RULIPUMANA** determino como su líder al joven **GUILLERMO EPIEYU PUSHAINA** identificado con la cedula de ciudadanía **N° 1192905634** de Manaure la guajira para trabajar de la mano con la autoridad tradicional gestione y obtenga programas y beneficios para la comunidad en general

Se da lectura al acta de reunión, la cual es aprobada por los presentes, para mayor veracidad se anexa el listado de las personas con sus respectivos nombres y números de documentos y esta misma las ampara sus huellas dactilares para las miembros manifiestan no saber firmar

No habiendo más temas por tratar se dio por terminada la asamblea general en la comunidad de RULIPUMANA a los 29 dias del mes de febrero de 2019

Nombre Leonardo Epieyu
C.C. 1124363221
Autoridad tradicional elegida

Nombre: Guillermo Epieyu
C.C. 1192905634
Lider de la comunidad

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

FORMATO DE VERIFICACIÓN PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL PROPIA PARA EL PUEBLO WAYUU.

1. Información General:

   Año/Mes/Día: 13/06/25 Nombre de Municipio: MAICAO

   Nombre de Centro Zonal: MAICAO

2. Se realiza el proceso de verificación a:

- Autoridad tradicional X
- Autoridad ancestral _____
- Asamblea o reunión con presencia de las respectivas autoridades ____

3. Nombre de la Comunidad: IPASHIMAIN
4. Nombre del Corregimiento: SERRANIA.
5. El proceso de verificación corresponde a:

- Continuidad X *(Continuar a partir de la pregunta 6)*
- Nueva contratación ____ (*Continuar a partir de la pregunta 9)*

6. ¿Como autoridad está de acuerdo que la *(Nombre completo de la asociación o de la organización y tipo de UE, si es indígena, UT o fundación*
   AAT JENETE WAKUMPA.
   (En caso de ser UT, registrar nombre de la UT y de las asociaciones u organizaciones que la conforman)
   ¿Continúa implementando la atención propia para el pueblo Wayuu en su comunidad?

- Sí ___ *(Continuar a partir de la pregunta 12)*
- No X *(Continuar a partir de la pregunta 7)*

7. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT)* sugerida por la comunidad para dar continuidad a la atención integral al Pueblo Wayuu
   AATW TENIRUO DE ISHO.

8. Preguntar a la autoridad o su delegado si ¿Sabe si la asociación propuesta viene de continuidad o es nueva?

- Continuidad X
- Nueva _____

9. ¿Como autoridad de su comunidad, está de acuerdo que la asociación *(Nombre de la organización, asociación, fundación o UT para nueva contratación)*
   AAT TENIRUO DE ISHO.
   implemente la atención integral para el pueblo Wayuu en su territorio?

- De acuerdo _____ *(continuar con los datos de la autoridad 12)*
- No estoy de acuerdo_____ *(Pasar a la Pregunta 10)*

10. ¿Cuenta su comunidad con otra asociación, organización, fundación o UT, para operar la atención al pueblo Wayuu en su territorio?

- Si ____ *(Continuar con la pregunta 11)*
- No ____ (Continuar *con los datos de la autoridad 12)*

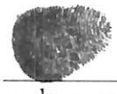
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

11. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT) sugerida* por la comunidad para implementar la atención integral al Pueblo Wayuu para contratación nueva

_____

12. Nombre de la autoridad a quién se realiza la verificación MIRIAM JUSAYU.
13. Número de Cédula de la Autoridad: 40838106
14. Número de celular: 3176781241

15. Firma: _____

16. Huella de la autoridad: 
17. En caso de no contar con la presencia de la autoridad, se presenta delegado y la persona, ¿cuenta con autorización escrita, por parte de la autoridad tradicional o ancestral de la comunidad?

- Si ___
- No X

18. La persona autorizada por la autoridad presenta:

- Acta de posesión de la autoridad (Fotocopia) _____
- Fotocopia de la cédula de la autoridad_____
- Fotocopia de cédula de la persona autorizada _____
- Vídeo de la autoridad tradicional o ancestral que avala o no a la asociación objeto de verificación para la continuidad o nuevo proceso de contratación de la atención integral para el pueblo Wayuu_____

19. Nombre de la persona delegada por la autoridad tradicional o ancestral:

_____

20. Cédula del delegado por autoridad_____

21. Firma de la persona delegada por la autoridad: _____

22. Huella del delegado por parte de la autoridad. _____
23. Nombre y apellido de la persona que realizó la verificación: JUAN FRANCISCA
24. Cédula: 80158420
25. Celular: 3017544666
26. Firma la persona que realizó la verificación: JFRANCISCA.
27. Observaciones:

SOLICITA CAMBIO DE OPERADOR PARA EL AÑO 2021-

(Por favor registrar en este aparte alguna novedad o alerta que se deberá tener en cuenta, como por ejemplo: La comunidad no recibió una buena atención, por ello no continua con la asociación; la comunidad no cuenta con una asociación por el momento que implemente la atención integral para el pueblo Wayuu; la autoridad no presenta los documentos completos que lo respalden como autoridad de la comunidad; la persona autorizada por la autoridad no cuenta con el video o con carta de autorización y registrar las posibles soluciones que se brindan con fecha si es necesario).

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.838.106**

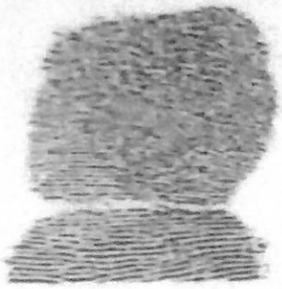
JUSAYU
APELLIDOS

MIRIAN
NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA

1



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-OCT-1959**
MANAURE
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.43 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

22-DIC-1977 MANAURE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1810000-38153805C-F-0040838106-20070830 0081007242P 03 223121802

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA
MUNICIPIO DE MANAURE
NIT. 892115024-8

LA DIRECTORA DE ASUNTOS INDIGENAS Y CONCILIACION DEL MUNICIPIO DE MANAURE LA GUAJIRA"

CONSTA:

Que a la oficina de la Dirección de Asuntos Indígenas y Conciliación, se radicó documento solicitando la Verificación, Registro y Posesión de la comunidad de **IPASHIRRAIN,** en el Municipio de Manaure, representado por la señora **MIRIAN JUSAYU,** identificada con cedula de ciudadanía No. **40.838.106** expedida en Manaure La Guajira, la cual se encuentra en el listado de trámites de registro y Verificación de estudio Etnológico por parte del Ministerio del Interior.

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EXPIDE A SOLICITUD DE LA PARTE INTERESADA Y PARA USO EXCLUSIVO EN TRAMITES DE GESTION DE PROGRAMAS Y PROYECTOS.

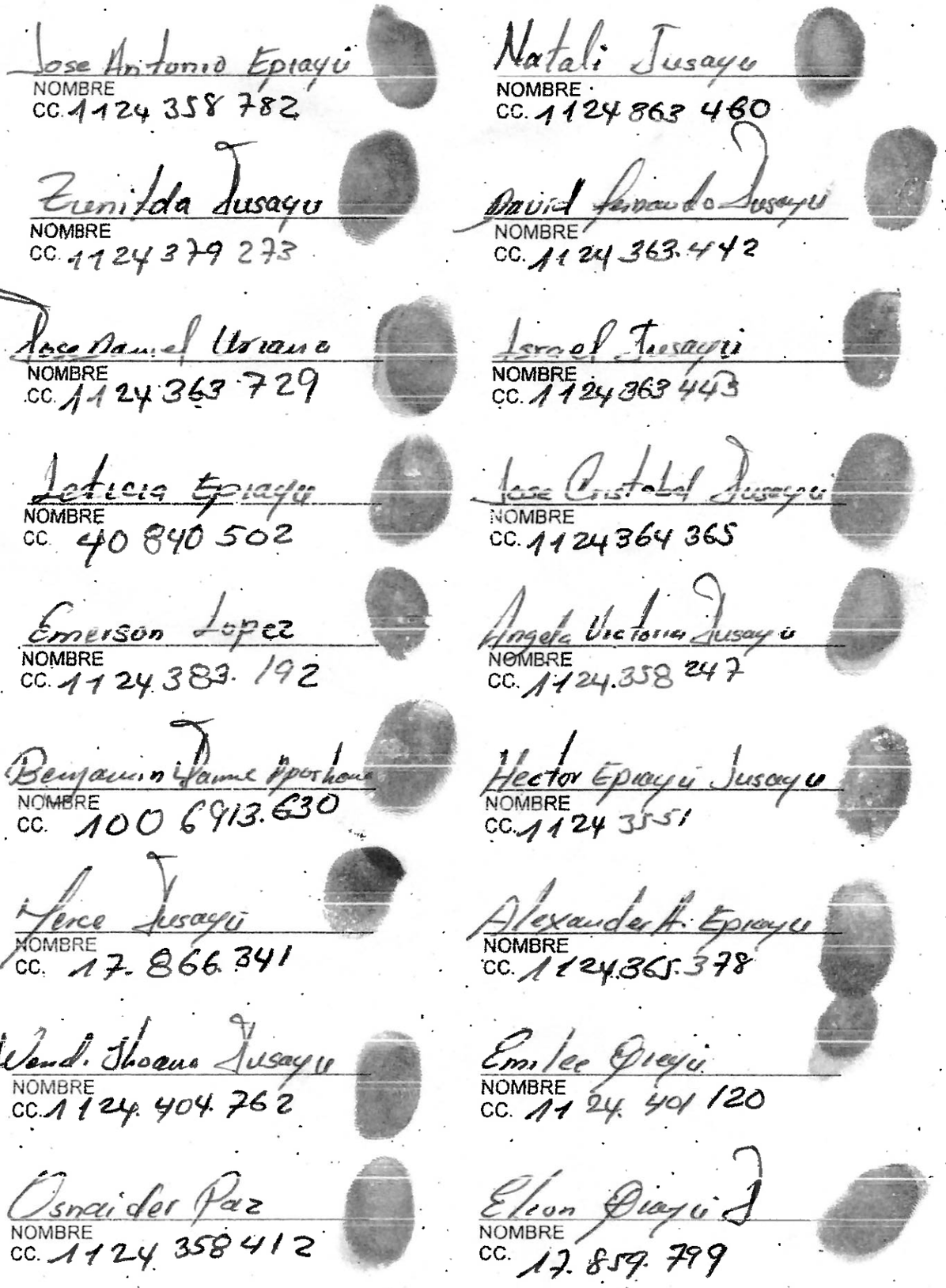
Para mayor constancia se expide en Manaure (La Guajira), a los cuatros (04) día del mes de marzo de Dos Mil Veinticuatros (2024).

Emily Alarcon F.

EMILY DE DIOS ALARCON FREYLE
Directora de Asuntos Indígenas y Conciliación

PROYECTO: FELIPE EPIAYU

Powered by CamScanner



Jose Antonio Epiayu
NOMBRE
CC. 1124 358 782

Natali Jusayu
NOMBRE
CC. 1124 863 460

Zenilda Jusayu
NOMBRE
CC. 1124 379 273

David Fernando Jusayu
NOMBRE
CC. 1124 363 442

Jose Daniel Uriana
NOMBRE
CC. 1124 363 729

Israel Jusayu
NOMBRE
CC. 1124 363 443

Leticia Epiayu
NOMBRE
CC. 40 840 502

Jose Cristobal Jusayu
NOMBRE
CC. 1124 364 365

Emerson Lopez
NOMBRE
CC. 1124 383. 192

Angela Victoria Jusayu
NOMBRE
CC. 1124.358 247

Benjamin Jaime Epothoua
NOMBRE
CC. 100 6913.630

Hector Epiayu Jusayu
NOMBRE
CC. 1124 35-51

Yerce Jusayu
NOMBRE
CC. 17. 866 341

Alexander A. Epiayu
NOMBRE
CC. 1124.365.378

Wend. Thoaus Jusayu
NOMBRE
CC. 1124. 404. 762

Emilee Epiayu
NOMBRE
CC. 11 24. 401 120

Osnaider Paz
NOMBRE
CC. 1124 358 412

Elcon Epiayu
NOMBRE
CC. 17. 859. 799



Orangel Pushaina
NOMBRE
CC. 1124363.441

NOMBRE
CC.



Abraham Montiel G.
NOMBRE
CC. 55'04.552

NOMBRE
CC.



Martha Lucia Jarariyu
NOMBRE
CC. 1122838740

NOMBRE
CC.



Dalia Astrara
NOMBRE
CC. 54.90750

NOMBRE
CC.

NOMBRE
CC.

NOMBRE
CC.

NOMBRE
CC.

NOMBRE
CC.

NOMBRE
CC.

NOMBRE
CC.

NOMBRE
CC.

NOMBRE
CC.

NOMBRE
CC.

NOMBRE
CC.

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

FORMATO DE VERIFICACIÓN PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL PROPIA PARA EL PUEBLO WAYUU.

1. Información General:

   Año/Mes/Día: 15/04/25 Nombre de Municipio: MANAURE

   Nombre de Centro Zonal: MANAURE

2. Se realiza el proceso de verificación a:

- Autoridad tradicional X
- Autoridad ancestral _____
- Asamblea o reunión con presencia de las respectivas autoridades _____

3. Nombre de la Comunidad: Paraiso.
4. Nombre del Corregimiento: Sector Sabana.
5. El proceso de verificación corresponde a:

- Continuidad _____ *(Continuar a partir de la pregunta 6)*
- Nueva contratación ____ *(Continuar a partir de la pregunta 9)*

6. ¿Como autoridad está de acuerdo que la *(Nombre completo de la asociación o de la organización y tipo de UE, si es indígena, UT o fundación*
   ASOCIACAN KUTINKA.

   (En caso de ser UT, registrar nombre de la UT y de las asociaciones u organizaciones que la conforman)

   ¿Continúa implementando la atención propia para el pueblo Wayuu en su comunidad?

- Sí ___ *(Continuar a partir de la pregunta 12)*
- No X *(Continuar a partir de la pregunta 7)*

7. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT)* sugerida por la comunidad para dar continuidad a la atención integral al Pueblo Wayuu
   ASOCIACAN ATW TERRITORIO DE ISHO.

8. Preguntar a la autoridad o su delegado si ¿Sabe si la asociación propuesta viene de continuidad o es nueva?

- Continuidad X
- Nueva \

9. ¿Como autoridad de su comunidad, está de acuerdo que la asociación *(Nombre de la organización, asociación, fundación o UT para nueva contratación)*
   ASOCIACAN ATW TERRITORIO DE ISHO.
   implemente la atención integral para el pueblo Wayuu en su territorio?

- De acuerdo _____ *(continuar con los datos de la autoridad 12)*
- No estoy de acuerdo_____ *(Pasar a la Pregunta 10)*

10. ¿Cuenta su comunidad con otra asociación, organización, fundación o UT, para operar la atención al pueblo Wayuu en su territorio?

- Si ____ *(Continuar con la pregunta 11)*
- No ____ (Continuar *con los datos de la autoridad 12)*

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

11. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT) sugerida* por la comunidad para implementar la atención integral al Pueblo Wayuu para contratación nueva

_____

12. Nombre de la autoridad a quién se realiza la verificación CARMITA EPIAYU.
13. Número de Cédula de la Autoridad: 40975349
14. Número de celular: 3168610466

15. Firma: CARMITA

16. Huella de la autoridad: _____
17. En caso de no contar con la presencia de la autoridad, se presenta delegado y la persona, ¿cuenta con autorización escrita, por parte de la autoridad tradicional o ancestral de la comunidad?

- Si ___
- No X

18. La persona autorizada por la autoridad presenta:

- Acta de posesión de la autoridad (Fotocopia) _____
- Fotocopia de la cédula de la autoridad_____
- Fotocopia de cédula de la persona autorizada _____
- Vídeo de la autoridad tradicional o ancestral que avala o no a la asociación objeto de verificación para la continuidad o nuevo proceso de contratación de la atención integral para el pueblo Wayuu_____

19. Nombre de la persona delegada por la autoridad tradicional o ancestral:

_____

20. Cédula del delegado por autoridad_____

21. Firma de la persona delegada por la autoridad: _____

22. Huella del delegado por parte de la autoridad. _____
23. Nombre y apellido de la persona que realizó la verificación: JUAN FERNANDO OSA
24. Cédula: 80158410
25. Celular: 3197544606
26. Firma la persona que realizó la verificación: JFOSALAD.
27. Observaciones:
SOLICITA CAMBIO DE OPERADOR PARA EL AÑO 2015

(Por favor registrar en este aparte alguna novedad o alerta que se deberá tener en cuenta, como por ejemplo: La comunidad no recibió una buena atención, por ello no continua con la asociación; la comunidad no cuenta con una asociación por el momento que implemente la atención integral para el pueblo Wayuu; la autoridad no presenta los documentos completos que lo respalden como autoridad de la comunidad; la persona autorizada por la autoridad no cuenta con el video o con carta de autorización y registrar las posibles soluciones que se brindan con fecha si es necesario).

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA
MUNICIPIO EXPEDIDA EN MANAURE
NIT 892115024-8

EL SECRETARIO DE GOBIERNO Y PARTICIPACION CIUDADANA DEL MUNICIPIO EXPEDIDA EN MANAURE – LA GUAJIRA

HACE CONSTAR:

Que el señor(a) **CARMITA EPIAYU EPIAYU,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía **N°40.975.349** expedida en Maicao (La Guajira) se encuentra reconocido (a) como: **AUTORIDAD TRADICIONAL WAYUU DE PARAISO,** en el Libro de Actas de Posesión de Autoridades Tradicionales Wayuu de la Alta y Media Guajira, según consta en el Folio **N°57** del Libro **N°08,** posesionado el día Septiembre (08) del Mes de Septiembre de Dos Mil Cuatro (2004).

EL PRESENTE DOCUMENTO ES PARA TRÁMITES PERSONALES

Para tal efecto se expide la presente solicitud a petición del interesado. Dado en Manaure (La Guajira), el día Veintiocho (28) del mes de **NOVIEMBRE** de Dos Mil Veintitres (2023).

JOSE DAVID ALVAREZ TORO
Secretario de Gobierno y Participación Ciudadana

Proyectó: LIZBELLYZ PABON AMAYA

Proyectó: DAMNA GALVAN



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 40.975.349
EPIAYU EPIAYU

APELLIDOS

CARMITA

NOMBRES

CARMITA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-ENE-1961

MAICAO
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

09-DIC-1979 MAICAO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-4801100-01082649-F-0040975349-20190710 0066218320A 1 53272736



INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

FORMATO DE VERIFICACIÓN PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL PROPIA PARA EL PUEBLO WAYUU.

1. Información General:

   Año/Mes/Día: 15/02/2025 Nombre de Municipio: Hanaure.

   Nombre de Centro Zonal: Riohacha 1

2. Se realiza el proceso de verificación a:

- Autoridad tradicional X
- Autoridad ancestral _____
- Asamblea o reunión con presencia de las respectivas autoridades _____

3. Nombre de la Comunidad: Yuliraca
4. Nombre del Corregimiento: Sector pajaro.
5. El proceso de verificación corresponde a:

- Continuidad X *(Continuar a partir de la pregunta 6)*
- Nueva contratación X *(Continuar a partir de la pregunta 9)*

6. ¿Como autoridad está de acuerdo que la *(Nombre completo de la asociación o de la organización y tipo de UE, si es indígena, UT o fundación*

   Asociacion Anaterra wuakuaipa.

   (En caso de ser UT, registrar nombre de la UT y de las asociaciones u organizaciones que la conforman)

   ¿Continúa implementando la atención propia para el pueblo Wayuu en su comunidad?

- Sí ___ *(Continuar a partir de la pregunta 12)*
- No X *(Continuar a partir de la pregunta 7)*

7. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT)* sugerida por la comunidad para dar continuidad a la atención integral al Pueblo Wayuu

   Asociacion Autor. Trad. Indigena Way. Territorio de Isho.

8. Preguntar a la autoridad o su delegado si ¿Sabe si la asociación propuesta viene de continuidad o es nueva?

- Continuidad X
- Nueva _____

9. ¿Como autoridad de su comunidad, está de acuerdo que la asociación *(Nombre de la organización, asociación, fundación o UT para nueva contratación)*

   A.A.T.I.W. Territorio de Isho.

   implemente la atención integral para el pueblo Wayuu en su territorio?

- De acuerdo X *(continuar con los datos de la autoridad 12)*
- No estoy de acuerdo_____ *(Pasar a la Pregunta 10)*

10. ¿Cuenta su comunidad con otra asociación, organización, fundación o UT, para operar la atención al pueblo Wayuu en su territorio?

- Si ____ *(Continuar con la pregunta 11)*
- No X (Continuar *con los datos de la autoridad 12)*

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

11. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT) sugerida* por la comunidad para implementar la atención integral al Pueblo Wayuu para contratación nueva

_____

12. Nombre de la autoridad a quién se realiza la verificación Jose Angel Epinayu
13. Número de Cédula de la Autoridad: 2.741.598.
14. Número de celular: 3196357399

15. Firma: x _____

16. Huella de la autoridad: _____
17. En caso de no contar con la presencia de la autoridad, se presenta delegado y la persona, ¿cuenta con autorización escrita, por parte de la autoridad tradicional o ancestral de la comunidad?

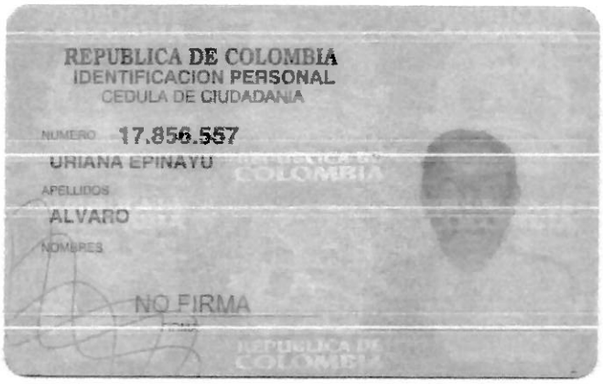
- Si X
- No ___

18. La persona autorizada por la autoridad presenta:

- Acta de posesión de la autoridad (Fotocopia) X
- Fotocopia de la cédula de la autoridad _____
- Fotocopia de cédula de la persona autorizada X
- Vídeo de la autoridad tradicional o ancestral que avala o no a la asociación objeto de verificación para la continuidad o nuevo proceso de contratación de la atención integral para el pueblo Wayuu _____

19. Nombre de la persona delegada por la autoridad tradicional o ancestral:
Alvaro Uriana Epinayu
20. Cédula del delegado por autoridad 17.856.557
21. Firma de la persona delegada por la autoridad: x ALVARO
22. Huella del delegado por parte de la autoridad. x
23. Nombre y apellido de la persona que realizó la verificación: Diana Marquez
24. Cédula: 40935311
25. Celular: 3113615107
26. Firma la persona que realizó la verificación: Diana Marquez.
27. Observaciones:
Alerta: en la Verificacion hace presencia el hermano de la autoridad a verificar aportando los documentos solicitados. Se le recitan que haga llegar el video donde la autoridad avala al operador.

(Por favor registrar en este aparte alguna novedad o alerta que se deberá tener en cuenta: como por ejemplo: La comunidad no recibió una buena atención, por ello no continua con la asociación; la comunidad no cuenta con una asociación por el momento que implemente la atención integral para el pueblo Wayuu; la autoridad no presenta los documentos completos que lo respalden como autoridad de la comunidad; la persona autorizada por la autoridad no cuenta con el video o con carta de autorización y registrar las posibles soluciones que se brindan con fecha si es necesario).



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.856.557

URIANA EPINAYU

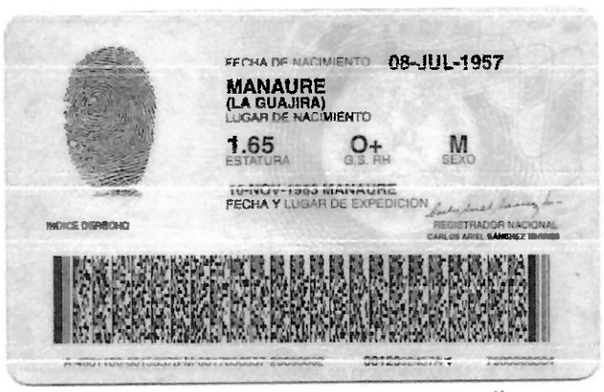
APELLIDOS

ALVARO

NOMBRES

NO FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 08-JUL-1957

MANAURE
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

SECRETARIA DE GOBIERNO Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

CERTIFICA:

Que el señor(a) JOSE ANGEL EPINAYU, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía **N°2.741.598 de Manaure (La Guajira), se encuentra reconocido (a) como: AUTORIDAD TRADICIONAL WAYUU DE LA COMUNIDAD DE YULIRACA,** en el Libro de Actas de Posesión de Autoridades Tradicionales Wayuu de la Alta y Media Guajira, según consta en el Folio **N° 217** del Libro **N°07, posesionado el día Tres (03) del Mes de Junio de Dos Mil Tres (2003).**

Para tal efecto se expide la presente solicitud a petición del interesado. Dado en Manaure (La Guajira) el día Veinte (20) del mes de Agosto de Dos Mil Quince (2015).

P/p: Nzbellys Pabón

RANDALL HOYOS VAN-GRIEKEN
Secretario de Gobierno y Participación Ciudadana

Powered by CamScanner

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

FORMATO DE VERIFICACIÓN PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL PROPIA PARA EL PUEBLO WAYUU.

1. Información General:

   Año/Mes/Día: 15/02/2025 Nombre de Municipio: Manaure

   Nombre de Centro Zonal: Riohacha 1.

2. Se realiza el proceso de verificación a:
- Autoridad tradicional X
- Autoridad ancestral _____
- Asamblea o reunión con presencia de las respectivas autoridades _____
3. Nombre de la Comunidad: Patsuwain - Brasil.
4. Nombre del Corregimiento: Sabana de manaure.
5. El proceso de verificación corresponde a:
- Continuidad _____ *(Continuar a partir de la pregunta 6)*
- Nueva contratación X *(Continuar a partir de la pregunta 9)*
6. ¿Como autoridad está de acuerdo que la *(Nombre completo de la asociación o de la organización y tipo de UE, si es indígena, UT o fundación*

   A.A.I Jekete wakunpa.

   (En caso de ser UT, registrar nombre de la UT y de las asociaciones u organizaciones que la conforman)

   ¿Continúa implementando la atención propia para el pueblo Wayuu en su comunidad?
- Sí ___ *(Continuar a partir de la pregunta 12)*
- No X *(Continuar a partir de la pregunta 7)*
7. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT)* sugerida por la comunidad para dar continuidad a la atención integral al Pueblo Wayuu

   A.A.I.W. Territorio de Isho.

8. Preguntar a la autoridad o su delegado si ¿Sabe si la asociación propuesta viene de continuidad o es nueva?
- Continuidad X
- Nueva _____
9. ¿Como autoridad de su comunidad, está de acuerdo que la asociación *(Nombre de la organización, asociación, fundación o UT para nueva contratación)*

   _____

   implemente la atención integral para el pueblo Wayuu en su territorio?
- De acuerdo X *(continuar con los datos de la autoridad 12)*
- No estoy de acuerdo_____ *(Pasar a la Pregunta 10)*

10. ¿Cuenta su comunidad con otra asociación, organización, fundación o UT, para operar la atención al pueblo Wayuu en su territorio?

- Si ____ *(Continuar con la pregunta 11)*
- No X (Continuar *con los datos de la autoridad 12)*

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

11. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT) sugerida* por la comunidad para implementar la atención integral al Pueblo Wayuu para contratación nueva

_____

12. Nombre de la autoridad a quién se realiza la verificación Antonio Arpushana.
13. Número de Cédula de la Autoridad: 5.182.030.
14. Número de celular: 3117079561.
15. Firma: Antonio Arpushana
16. Huella de la autoridad: _____
17. En caso de no contar con la presencia de la autoridad, se presenta delegado y la persona, ¿cuenta con autorización escrita, por parte de la autoridad tradicional o ancestral de la comunidad?

- Si ——
- No X

18. La persona autorizada por la autoridad presenta:

- Acta de posesión de la autoridad (Fotocopia) _____
- Fotocopia de la cédula de la autoridad_____
- Fotocopia de cédula de la persona autorizada _____
- Vídeo de la autoridad tradicional o ancestral que avala o no a la asociación objeto de verificación para la continuidad o nuevo proceso de contratación de la atención integral para el pueblo Wayuu_____

19. Nombre de la persona delegada por la autoridad tradicional o ancestral:

_____

20. Cédula del delegado por autoridad_____
21. Firma de la persona delegada por la autoridad: _____
22. Huella del delegado por parte de la autoridad. _____
23. Nombre y apellido de la persona que realizó la verificación: Diana Marquez
24. Cédula: 40935311
25. Celular: 3113615107
26. Firma la persona que realizó la verificación: _____
27. Observaciones:

Alertas Solicitud de Cambio de operador.

(Por favor registrar en este aparte alguna novedad o alerta que se deberá tener en cuenta, como por ejemplo: La comunidad no recibió una buena atención, por ello no continua con la asociación; la comunidad no cuenta con una asociación por el momento que implemente la atención integral para el pueblo Wayuu; la autoridad no presenta los documentos completos que lo respalden como autoridad de la comunidad; la persona autorizada por la autoridad no cuenta con el video o con carta de autorización y registrar las posibles soluciones que se brindan con fecha si es necesario).

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA
MUNICIPIO DE MANAURE
NIT 892115024-8

SUMANDO VOLUNTADES POR UN MANAURE
PROSPERO, EQUITATIVO Y ESTABLE 2022 - 2023

EL SECRETARIO DE GOBIERNO Y PARTICIPACION CIUDADANA DEL MUNICIPIO DE MANAURE – LA GUAJIRA

HACE CONSTAR:

Que el señor(a) **ANTONIO ARPUSHANA,** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía **N° 5.182.030** de Manaure (La Guajira), se encuentra reconocido(a) como única **AUTORIDAD TRADICIONAL WAYUU DE LA COMUNIDAD DE PATSUWAIN – BRASIL,** según consta en el Libro de Actas de Posesión de Autoridades Tradicionales Wayuu de la Alta y Media Guajira, Folio **N° 01** del Libro **N° 09,** posesionado el día Tres (03) del Mes de Abril de Dos Mil Seis (2006).

EL PRESENTE DOCUMENTO ES PARA TRÁMITES PERSONALES.

Para tal efecto se expide la presente solicitud a petición del interesado. Dado en Manaure (La Guajira), el día Veinticuatro (24) del mes de **JULIO** de Dos Mil Veintitres (2023).

JOSE DAVID ALVAREZ TORO
Secretario de Gobierno y Participación Ciudadana

Proyectó y Revisó: LIZBELLYZ PABON AMAYA

Proyectó y Revisó: DANNA GALVAN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **5.182.030**

ARPUSHANA
APELLIDOS

ANTONIO
NOMBRES

Antonio Arpushana
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-DIC-1947**

MANAURE
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

11-JUN-1969 MANAURE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-4801160-01082650-M-0005182030-20190710 **00662**17820A 1 54ea2668

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

FORMATO DE VERIFICACIÓN PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL PROPIA PARA EL PUEBLO WAYUU.

1. Información General:

   Año/Mes/Día: 15/02/2025 Nombre de Municipio: Planaure

   Nombre de Centro Zonal: Riohacha 1

2. Se realiza el proceso de verificación a:

- Autoridad tradicional X
- Autoridad ancestral _____
- Asamblea o reunión con presencia de las respectivas autoridades ____

3. Nombre de la Comunidad: JIKAT
4. Nombre del Corregimiento: Sector Musacha.
5. El proceso de verificación corresponde a:

- Continuidad _____ *(Continuar a partir de la pregunta 6)*
- Nueva contratación X *(Continuar a partir de la pregunta 9)*

6. ¿Como autoridad está de acuerdo que la *(Nombre completo de la asociación o de la organización y tipo de UE, si es indígena, UT o fundación*

   U.T. Sekuin Tepishi

   (En caso de ser UT, registrar nombre de la UT y de las asociaciones u organizaciones que la conforman)

   ¿Continúa implementando la atención propia para el pueblo Wayuu en su comunidad?

- Sí ___ *(Continuar a partir de la pregunta 12)*
- No X *(Continuar a partir de la pregunta 7)*

7. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT)* sugerida por la comunidad para dar continuidad a la atención integral al Pueblo Wayuu

   A. A. T. T. Wayuu Territorio de Tsho.

8. Preguntar a la autoridad o su delegado si ¿Sabe si la asociación propuesta viene de continuidad o es nueva?

- Continuidad X
- Nueva _____

9. ¿Como autoridad de su comunidad, está de acuerdo que la asociación *(Nombre de la organización, asociación, fundación o UT para nueva contratación)*

   _____

   implemente la atención integral para el pueblo Wayuu en su territorio?

- De acuerdo X *(continuar con los datos de la autoridad 12)*
- No estoy de acuerdo_____ *(Pasar a la Pregunta 10)*

10. ¿Cuenta su comunidad con otra asociación, organización, fundación o UT, para operar la atención al pueblo Wayuu en su territorio?

- Si ____ *(Continuar con la pregunta 11)*
- No X (Continuar *con los datos de la autoridad 12)*

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

11. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT) sugerida* por la comunidad para implementar la atención integral al Pueblo Wayuu para contratación nueva

_____

12. Nombre de la autoridad a quién se realiza la verificación Jose David Poshaina
13. Número de Cédula de la Autoridad: 17. 952.088.
14. Número de celular: 3127648232
15. Firma: x



16. Huella de la autoridad: _____
17. En caso de no contar con la presencia de la autoridad, se presenta delegado y la persona, ¿cuenta con autorización escrita, por parte de la autoridad tradicional o ancestral de la comunidad?

- Si ——
- No XX

18. La persona autorizada por la autoridad presenta:

- Acta de posesión de la autoridad (Fotocopia) _____
- Fotocopia de la cédula de la autoridad_____
- Fotocopia de cédula de la persona autorizada _____
- Vídeo de la autoridad tradicional o ancestral que avala o no a la asociación objeto de verificación para la continuidad o nuevo proceso de contratación de la atención integral para el pueblo Wayuu_____

19. Nombre de la persona delegada por la autoridad tradicional o ancestral:

_____

20. Cédula del delegado por autoridad_____
21. Firma de la persona delegada por la autoridad: _____
22. Huella del delegado por parte de la autoridad. _____
23. Nombre y apellido de la persona que realizó la verificación: Diana Marquez
24. Cédula: 40935311
25. Celular: 3113615107
26. Firma la persona que realizó la verificación: _____
27. Observaciones:

Aleta Cambio de Operador de Sekoin Tepishi - para la Nueva Vigencia con la Asociación Territorio de Tsha.

(Por favor registrar en este aparte alguna novedad o alerta que se deberá tener en cuenta, como por ejemplo: La comunidad no recibió una buena atención, por ello no continua con la asociación; la comunidad no cuenta con una asociación por el momento que implemente la atención integral para el pueblo Wayuu; la autoridad no presenta los documentos completos que lo respalden como autoridad de la comunidad; la persona autorizada por la autoridad no cuenta con el video o con carta de autorización y registrar las posibles soluciones que se brindan con fecha si es necesario).

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA
MUNICIPIO DE MANAURE
NIT 892115024-8

EL SECRETARIO DE GOBIERNO Y PARTICIPACION CIUDADANA DEL MUNICIPIO DE MANAURE – LA GUAJIRA

HACE CONSTAR:

Que el señor(a) JOSE DAVID PUSHAINA, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía N° 17.952.086 de Fonseca (La Guajira), se encuentra reconocido(a) como única AUTORIDAD TRADICIONAL WAYUU DE LA COMUNIDAD DE JIKAT, según consta en el Libro de Actas de Posesión de Autoridades Tradicionales Wayuu de la Alta y Media Guajira, Folio N° 03 del Libro N° 13, posesionado el día Doce (12) del Mes de Septiembre de Dos Mil Veintidos (2022).

EL PRESENTE DOCUMENTO ES PARA TRÁMITES ACTUALIZACION AUTORIDAD TRADICIONAL

Para tal efecto se expide la presente solicitud a petición del interesado. Dado en Manaure (La Guajira), el día Doce (12) del mes de SEPTIEMBRE de Dos Mil Veintidos (2022).

JOSE DAVID ALVAREZ TORO
Secretario de Gobierno y Participación Ciudadana

Proyectó y Revisó LIZBELLYZ PABON AMAYA

Powered by CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 17.952.086
PUSHAINA PUSHAINA
APELLIDOS
JOSE DAVID
NOMBRES
NO FIRMA
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 05-ABR-1962
MANAURE
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66
O+
M
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
10-AGO-1982 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-4801100-00157994-M-0017952086-20090530
0011958741A 1
2547786Z

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

FORMATO DE VERIFICACIÓN PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL PROPIA PARA EL PUEBLO WAYUU.

1. Información General:

   Año/Mes/Día: 15/02/2025 Nombre de Municipio: Maicao

   Nombre de Centro Zonal: Rancho 1

2. Se realiza el proceso de verificación a:

- Autoridad tradicional X
- Autoridad ancestral _____
- Asamblea o reunión con presencia de las respectivas autoridades _____

3. Nombre de la Comunidad: Juluwamana.
4. Nombre del Corregimiento: KM. Maicao
5. El proceso de verificación corresponde a:

- Continuidad _____ *(Continuar a partir de la pregunta 6)*
- Nueva contratación ____ (*Continuar a partir de la pregunta 9)*

6. ¿Como autoridad está de acuerdo que la *(Nombre completo de la asociación o de la organización y tipo de UE, si es indígena, UT o fundación*

   A.I.A.W. Jekete Wakunpa.

   (En caso de ser UT, registrar nombre de la UT y de las asociaciones u organizaciones que la conforman)

   ¿Continúa implementando la atención propia para el pueblo Wayuu en su comunidad?

- Sí ___ *(Continuar a partir de la pregunta 12)*
- No X *(Continuar a partir de la pregunta 7)*

7. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT)* sugerida por la comunidad para dar continuidad a la atención integral al Pueblo Wayuu

   A.A.I.I W. Territorio de Esho.

8. Preguntar a la autoridad o su delegado si ¿Sabe si la asociación propuesta viene de continuidad o es nueva?

- Continuidad X
- Nueva _____

9. ¿Como autoridad de su comunidad, está de acuerdo que la asociación *(Nombre de la organización, asociación, fundación o UT para nueva contratación)*

   _____

   implemente la atención integral para el pueblo Wayuu en su territorio?

- De acuerdo X *(continuar con los datos de la autoridad 12)*
- No estoy de acuerdo_____ *(Pasar a la Pregunta 10)*

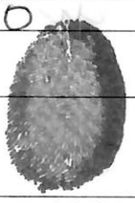
10. ¿Cuenta su comunidad con otra asociación, organización, fundación o UT, para operar la atención al pueblo Wayuu en su territorio?

- Si ____ *(Continuar con la pregunta 11)*
- No X (Continuar *con los datos de la autoridad 12)*

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

11. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT) sugerida* por la comunidad para implementar la atención integral al Pueblo Wayuu para contratación nueva

_____

12. Nombre de la autoridad a quién se realiza la verificación Romero Pushaina Ipuana
13. Número de Cédula de la Autoridad: 17.856.338
14. Número de celular: 3128572940
15. Firma: Romero Pushana
16. Huella de la autoridad: 
17. En caso de no contar con la presencia de la autoridad, se presenta delegado y la persona, ¿cuenta con autorización escrita, por parte de la autoridad tradicional o ancestral de la comunidad?

- Si ___
- No X

18. La persona autorizada por la autoridad presenta:

- Acta de posesión de la autoridad (Fotocopia) _____
- Fotocopia de la cédula de la autoridad_____
- Fotocopia de cédula de la persona autorizada _____
- Vídeo de la autoridad tradicional o ancestral que avala o no a la asociación objeto de verificación para la continuidad o nuevo proceso de contratación de la atención integral para el pueblo Wayuu_____

19. Nombre de la persona delegada por la autoridad tradicional o ancestral:

_____

20. Cédula del delegado por autoridad_____
21. Firma de la persona delegada por la autoridad: _____
22. Huella del delegado por parte de la autoridad. _____
23. Nombre y apellido de la persona que realizó la verificación: Diana Marquez
24. Cédula: 40935314
25. Celular: 3113615407
26. Firma la persona que realizó la verificación: Diana Marquez.
27. Observaciones:

Alerta = Solicitud de Cambio de operador.

(Por favor registrar en este aparte alguna novedad o alerta que se deberá tener en cuenta, como por ejemplo: La comunidad no recibió una buena atención, por ello no continua con la asociación; la comunidad no cuenta con una asociación por el momento que implemente la atención integral para el pueblo Wayuu; la autoridad no presenta los documentos completos que lo respalden como autoridad de la comunidad; la persona autorizada por la autoridad no cuenta con el video o con carta de autorización y registrar las posibles soluciones que se brindan con fecha si es necesario).

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
17856338
NUMERO

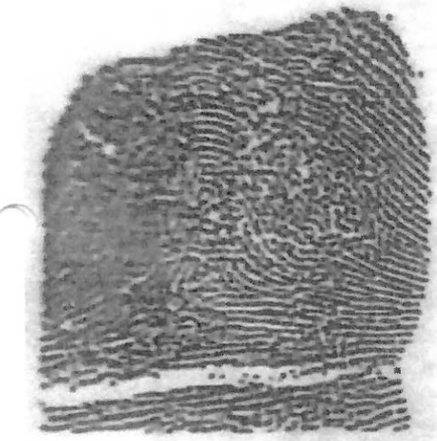
PUSHAINA IPUANA
APELLIDOS

ROMERO
NOMBRES

Romero-puishana
FIRMA



Powered by CamScanner


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-ENE-1965
MANAURE
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

G.S. RH

M
SEXO

10-MAY-1983 MANAURE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE



Libertad y Orden

DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA
RESGUARDO Y DE ALTA Y MEDIA GUAJIRA
MUNICIPIO DE MANAURE COMUNIDAD INDÍGENA WAYUU SHUNAIMANA

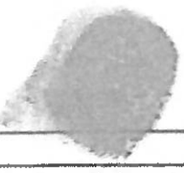
ACTA DE ASAMBLEA GENERAL N°001-2020

Siendo aproximadamente a las 10:00 am el dia 20 de Febrero de 2018 nos reunimos la comunidad en general con el fin de elegir como autoridad a la señor ROMERO PUSHAINA IPUANA donde los miembros de la comunidad en mención manifestaron su acuerdo en la escogencia de su propia autoridad tradicional para ser independientes y por lo tanto puedan ser mencionados sobre los beneficios de la comunidad debido a que no se les da respuesta alguna por que no se encuentran censados en la comunidad de **JULUWAMANA** por lo tanto es menester tener su propia autoridad tradicional por lo tanto de manera unánime todos los miembros de la comunidad deciden que se conforme bajos los usos y costumbres del pueblo indigena wayuu y bajo el linaje del clan **IPUANA** la autoridad de la comunidad de **JULUWAMANA** que se regirá a través de su gobierno y su derecho propio dentro del territorio

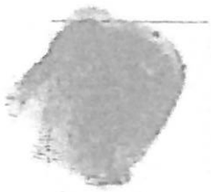
Elección, reconocimiento y nombramiento de la autoridad tradicional de **JULUWAMANA** la asamblea general de la comunidad de **JULUWAMANA** de manera unánime elige, reconoce y nombra como su autoridad tradicional al señor ROMERO PUSHAINA IPUANA identificado con **C.C. N° 17856338**expedida en Manaure la Guajira quien es una persona honesta, responsable y un líder innato que lucha por su comunidad: el señor **ROMERO PUSHAINA IPUANA** manifiesta ante toda la asamblea que acepta esta elección y nombramiento como autoridad tradicional

Se da lectura al acta de reunión, la cual es aprobada por los presentes, para mayor veracidad se anexa el listado de las personas con sus respectivos nombres y números de documentos y esta misma las ampara sus huellas dactilares para las miembros manifiestan no saber firmar

No habiendo más temas por tratar se dio por terminada la asamblea general en la comunidad de **JULUWAMANA** a los 20 días del mes de febrero de 2018



Nombre_____
C C. _____
Autoridad tradicional elegida



COMUNIDAD INDIGENA WAYUU SECTOR SABANA

Nombre Franco Uriana
C.C. 1124.404356
Comunidad:

Nombres: Dalmiro Epieyu
CC:
Comunidad:

Nombre Valerio Epieyu
C.C. 56.103 400
Comunidad:

Nombres: Rebeca Epieyu
CC: 56-[illegible]
Comunidad:

Nombre Luis Miguel
C.C. 1192797
Comunidad:

Nombres: Yeinnis Epieyu
CC: 1124.36476.
Comunidad: Montelin

Nombre Jairo Uriana
C.C.
Comunidad:

Nombres: Carolina Uriana
CC: 1124.648490
Comunidad:

Nombre Paulina Fince
C.C. 40.838.379
Comunidad:

Nombres: Nashbel Gonzalez
CC: 26.
Comunidad:

Nombre Lilibeth lopez
C.C.
Comunidad:

Nombres: Eudes Fince
CC:
Comunidad:

Nombre Roberto Fince
C.C.
Comunidad:

Nombres: Eulalia Fince
CC:
Comunidad:

Nombre Yudith Ipuana
C.C. _____
Comunidad:

Nombres: Fatima pushaina
CC: _____
Comunidad:

Nombre Rosa Hernandez
C.C. 26.405701
Comunidad:

Nombres: _____
CC: _____
Comunidad:

Nombre Irma Uriana
C.C. 26.962.218
Comunidad: Montelin

Nombres: _____
CC: _____
Comunidad:

Nombre Yamile Gonzalez
C.C. 22.243.
Comunidad:

Nombres: _____
CC: _____
Comunidad:

Nombre Luis Emilio Gonzalez
C.C. 14.831737
Comunidad:

Nombres: _____
CC: _____
Comunidad:

Nombre Rafael Uriana
C.C. 1192 79769
Comunidad:

Nombres: _____
CC: _____
Comunidad:

Nombre _____
C.C. _____
Comunidad:

Nombres: _____
CC: _____
Comunidad:

Nombre_____
C.C. _____
Comunidad:

Nombres: Aramis E.P.
CC: 1192 812 969
Comunidad:

Nombre Sunilda Ipuana.
C.C. 40953609
Comunidad:

Nombres: Plinio epiayu
CC: 84107154
Comunidad:

Nombre Blanca Epiayu
C.C. 40950223
Comunidad:

Nombres: Luis Angel Ushurma
CC: 1124025861
Comunidad:

Nombre Natalia Pushurma
C.C. 1124412765
Comunidad:

Nombres: _____
CC: 1117596359
Comunidad:

Nombre Marlys Epiayu
C.C. 40953595
Comunidad:

Nombres: _____
CC: _____
Comunidad:

Nombre Heberth
C.C. 1120598857
Comunidad:

Nombres: _____
CC: _____
Comunidad:

Nombre Wilson epiayu
C.C. 84110161
Comunidad:

Nombres: _____
CC: _____
Comunidad:

Nombre_____
C.C. _____
Comunidad:

Nombres:_____
CC: _____
Comunidad:

Nombre Patricia Uriana.
C.C. 40857605
Comunidad:

Nombres:_____
CC: _____
Comunidad:

Nombre Aurora Pushaina
C.C. 1006910450
Comunidad:

Nombres:_____
CC: _____
Comunidad:

Nombre Auxilia Pushaina
C.C. 40953611
Comunidad:

Nombres:_____
CC: _____
Comunidad:

Nombre_____
C.C. _____
Comunidad:

Nombres:_____
CC: _____
Comunidad:

Nombre_____
C.C. _____
Comunidad:

Nombres:_____
CC: _____
Comunidad:

Nombre_____
C.C. _____
Comunidad:

Nombres:_____
CC: _____
Comunidad:

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

FORMATO DE VERIFICACIÓN PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL PROPIA PARA EL PUEBLO WAYUU.

1. Información General:

   Año/Mes/Día: 15/02/2024 Nombre de Municipio: Manaure

   Nombre de Centro Zonal: Riohacha.

2. Se realiza el proceso de verificación a:

- Autoridad tradicional X
- Autoridad ancestral _____
- Asamblea o reunión con presencia de las respectivas autoridades ____

3. Nombre de la Comunidad: POTKATH.
4. Nombre del Corregimiento: Manaure.
5. El proceso de verificación corresponde a:

- Continuidad _____ *(Continuar a partir de la pregunta 6)*
- Nueva contratación X *(Continuar a partir de la pregunta 9)*

6. ¿Como autoridad está de acuerdo que la *(Nombre completo de la asociación o de la organización y tipo de UE, si es indígena, UT o fundación*

   AKajinjirrawa.

   (En caso de ser UT registrar nombre de la UT y de las asociaciones u organizaciones que la conforman)

   ¿Continúa implementando la atención propia para el pueblo Wayuu en su comunidad?

- Sí ___ *(Continuar a partir de la pregunta 12)*
- No X *(Continuar a partir de la pregunta 7)*

7. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT)* sugerida por la comunidad para dar continuidad a la atención integral al Pueblo Wayuu

   Asociación A.T. I.W Territorio de Isho

8. Preguntar a la autoridad o su delegado si ¿Sabe si la asociación propuesta viene de continuidad o es nueva?

- Continuidad _____
- Nueva X

9. ¿Como autoridad de su comunidad, está de acuerdo que la asociación *(Nombre de la organización, asociación, fundación o UT para nueva contratación)*

   _____

   implemente la atención integral para el pueblo Wayuu en su territorio?

- De acuerdo X *(continuar con los datos de la autoridad 12)*
- No estoy de acuerdo_____ *(Pasar a la Pregunta 10)*

10. ¿Cuenta su comunidad con otra asociación, organización, fundación o UT, para operar la atención al pueblo Wayuu en su territorio?

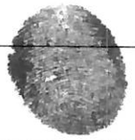
- Si ____ *(Continuar con la pregunta 11)*
- No X (Continuar *con los datos de la autoridad 12)*

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

11. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT) sugerida* por la comunidad para implementar la atención integral al Pueblo Wayuu para contratación nueva

_____

12. Nombre de la autoridad a quién se realiza la verificación Saul Epieyu Pushaina
13. Número de Cédula de la Autoridad: 17.856.053
14. Número de celular: 3248409621.
15. Firma: x _____



16. Huella de la autoridad: _____
17. En caso de no contar con la presencia de la autoridad, se presenta delegado y la persona, ¿cuenta con autorización escrita, por parte de la autoridad tradicional o ancestral de la comunidad?

- Si ——
- No XX

18. La persona autorizada por la autoridad presenta:

- Acta de posesión de la autoridad (Fotocopia) _____
- Fotocopia de la cédula de la autoridad_____
- Fotocopia de cédula de la persona autorizada _____
- Vídeo de la autoridad tradicional o ancestral que avala o no a la asociación objeto de verificación para la continuidad o nuevo proceso de contratación de la atención integral para el pueblo Wayuu_____

19. Nombre de la persona delegada por la autoridad tradicional o ancestral:

_____

20. Cédula del delegado por autoridad_____
21. Firma de la persona delegada por la autoridad: _____
22. Huella del delegado por parte de la autoridad. _____
23. Nombre y apellido de la persona que realizó la verificación: Diana Marquez.
24. Cédula: 40935311
25. Celular: 3113615107
26. Firma la persona que realizó la verificación: _____
27. Observaciones:

Alerta: Cambio de Operador

(Por favor registrar en este aparte alguna novedad o alerta que se deberá tener en cuenta, como por ejemplo: La comunidad no recibió una buena atención, por ello no continua con la asociación; la comunidad no cuenta con una asociación por el momento que implemente la atención integral para el pueblo Wayuu; la autoridad no presenta los documentos completos que lo respalden como autoridad de la comunidad; la persona autorizada por la autoridad no cuenta con el video o con carta de autorización y registrar las posibles soluciones que se brindan con fecha si es necesario).

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA
MUNICIPIO DE MANAURE
NIT 892115024-8

EL SECRETARIO DE GOBIERNO Y PARTICIPACION CIUDADANA
MUNICIPIO DE MANAURE – LA GUAJIRA

HACE CONSTAR:

Que el señor(a) **SAUL EPIEYU PUSHAINA,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía **N° 17.856.053** expedida en Manaure (La Guajira) se encuentra reconocido (a) como única **AUTORIDAD TRADICIONAL WAYUU DE POTKATH,** según consta en el Libro de Actas de Posesión de Autoridades Tradicionales Wayuu de la Alta y Media Guajira, Folio **N° 67** del Libro **N° 09,** posesionado el día Uno (01) del Mes de Septiembre de Dos Mil Seis (2006).

EL PRESENTE DOCUMENTO ES PARA TRÁMITES
CONCERTACION I.C.B.F.

Para tal efecto se expide la presente solicitud a petición del interesado. Dado en Manaure (La Guajira), el día Nueve (09) del mes de **ENERO** de Dos Mil Veinticinco (2025).

DANIEL JOSE JULIO SALAS
Secretario de Gobierno y Participación Ciudadana

Proyectó y Revisó: LIZBELLYZ PABON AMAYA

Proyectó y Revisó: DANNA GALVAN

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.856.053
EPIEYU PUSHAINA

APELLIDOS
SAUL

NOMBRES



NO FIRMA
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-MAR-1963

MANAURE
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

29-JUL-1981 MANAURE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4801100-00161293-M-0017856053-20090704 0013068491A 2 7980000663

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

FORMATO DE VERIFICACIÓN PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL PROPIA PARA EL PUEBLO WAYUU.

1. Información General:

   Año/Mes/Día: 15/02/2025 Nombre de Municipio: Manaure

   Nombre de Centro Zonal: Riohacha 1

2. Se realiza el proceso de verificación a:

- Autoridad tradicional X
- Autoridad ancestral _____
- Asamblea o reunión con presencia de las respectivas autoridades _____

3. Nombre de la Comunidad: Rosita.
4. Nombre del Corregimiento: sector Sabana
5. El proceso de verificación corresponde a:

- Continuidad _____ *(Continuar a partir de la pregunta 6)*
- Nueva contratación X *(Continuar a partir de la pregunta 9)*

6. ¿Como autoridad está de acuerdo que la *(Nombre completo de la asociación o de la organización y tipo de UE, si es indígena, UT o fundación*

   A.A.T.W. Jekete Wakuinpa

   (En caso de ser UT, registrar nombre de la UT y de las asociaciones u organizaciones que la conforman)

   ¿Continúa implementando la atención propia para el pueblo Wayuu en su comunidad?

- Sí ___ *(Continuar a partir de la pregunta 12)*
- No X *(Continuar a partir de la pregunta 7)*

7. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT)* sugerida por la comunidad para dar continuidad a la atención integral al Pueblo Wayuu

   A.A.T.I.W. Territorio de Isho.

8. Preguntar a la autoridad o su delegado si ¿Sabe si la asociación propuesta viene de continuidad o es nueva?

- Continuidad X
- Nueva _____

9. ¿Como autoridad de su comunidad, está de acuerdo que la asociación *(Nombre de la organización, asociación, fundación o UT para nueva contratación)*

   _____

   implemente la atención integral para el pueblo Wayuu en su territorio?

- De acuerdo X *(continuar con los datos de la autoridad 12)*
- No estoy de acuerdo_____ *(Pasar a la Pregunta 10)*

10. ¿Cuenta su comunidad con otra asociación, organización, fundación o UT, para operar la atención al pueblo Wayuu en su territorio?

- Si ____ *(Continuar con la pregunta 11)*
- No X (Continuar *con los datos de la autoridad 12)*

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

11. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT) sugerida* por la comunidad para implementar la atención integral al Pueblo Wayuu para contratación nueva

_____

12. Nombre de la autoridad a quién se realiza la verificación Edita Epieyu Epieyu
13. Número de Cédula de la Autoridad: 40.841.304
14. Número de celular: 3218813574.
15. Firma: x _____

16. Huella de la autoridad: _____
17. En caso de no contar con la presencia de la autoridad, se presenta delegado y la persona, ¿cuenta con autorización escrita, por parte de la autoridad tradicional o ancestral de la comunidad?

- Si ——
- No X

18. La persona autorizada por la autoridad presenta:

- Acta de posesión de la autoridad (Fotocopia) _____
- Fotocopia de la cédula de la autoridad_____
- Fotocopia de cédula de la persona autorizada _____
- Vídeo de la autoridad tradicional o ancestral que avala o no a la asociación objeto de verificación para la continuidad o nuevo proceso de contratación de la atención integral para el pueblo Wayuu_____

19. Nombre de la persona delegada por la autoridad tradicional o ancestral:

_____

20. Cédula del delegado por autoridad_____

21. Firma de la persona delegada por la autoridad: _____

22. Huella del delegado por parte de la autoridad. _____
23. Nombre y apellido de la persona que realizó la verificación: Diana Marquez.
24. Cédula: 40935311
25. Celular: 3113615107
26. Firma la persona que realizó la verificación: Diana Marquez.
27. Observaciones:

Alerta Cambio de Operador

(Por favor registrar en este aparte alguna novedad o alerta que se deberá tener en cuenta, como por ejemplo: La comunidad no recibió una buena atención, por ello no continua con la asociación; la comunidad no cuenta con una asociación por el momento que implemente la atención integral para el pueblo Wayuu; la autoridad no presenta los documentos completos que lo respalden como autoridad de la comunidad; la persona autorizada por la autoridad no cuenta con el video o con carta de autorización y registrar las posibles soluciones que se brindan con fecha si es necesario).

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA
MUNICIPIO DE MANAURE
NIT 892115024-8

SUMANDO VOLUNTADES POR UN MANAURE

EL SECRETARIO DE GOBIERNO Y PARTICIPACION CIUDADANA DEL MUNICIPIO DE MANAURE – LA GUAJIRA

HACE CONSTAR:

Que el señor(a) **ELITA EPIEYU EPIEYU,** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía **N° 40.841.304** de Manaure (La Guajira) se encuentra reconocido (a) como: **AUTORIDAD TRADICIONAL WAYUU DE ROSITA,** en el Libro de Actas de Posesión de Autoridades Tradicionales Wayuu de la Alta y Media Guajira, según consta en el Folio **N°72** del Libro **N°11,** posesionado el día Veintidós (22) del Mes de Julio de Dos Mil Trece (2013).

EL PRESENTE DOCUMENTO ES PARA TRÁMITES PERSONALES

Para tal efecto se expide la presente solicitud a petición del interesado. Dado en Manaure (La Guajira), el día Catorce (14) del mes de **JUNIO** de Dos Mil Veintitres (2023).

JOSE DAVID ALVAREZ TORO
Secretario de Gobierno y Participación Ciudadana

Proyectó y Revisó: LIZBELLYZ PABON AMAYA

Proyectó y Revisó: DIANNA GALVAN



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.841.304
EPIEYU EPIEYU
APELLIDOS
ELITA
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-AGO-1974
URIBIA
(LA GUAJIRA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
27-SEP-1993 MANAURE
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
A-4801100-00158378-F-0040841304-20090602

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

FORMATO DE VERIFICACIÓN PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL PROPIA PARA EL PUEBLO WAYUU.

1. Información General:

   Año/Mes/Día: 15/02/2025 Nombre de Municipio: Manaure

   Nombre de Centro Zonal: Riohacha 1.

2. Se realiza el proceso de verificación a:

- Autoridad tradicional X
- Autoridad ancestral _____
- Asamblea o reunión con presencia de las respectivas autoridades _____

3. Nombre de la Comunidad: Yuntamana.
4. Nombre del Corregimiento: Vía Manaure. entre Tapar
5. El proceso de verificación corresponde a:

- Continuidad _____ *(Continuar a partir de la pregunta 6)*
- Nueva contratación X *(Continuar a partir de la pregunta 9)*

6. ¿Como autoridad está de acuerdo que la *(Nombre completo de la asociación o de la organización y tipo de UE, si es indígena, UT o fundación*

   Junta de acción Comunal de Shirruna.

   (En caso de ser UT, registrar nombre de la UT y de las asociaciones u organizaciones que la conforman)

   ¿Continúa implementando la atención propia para el pueblo Wayuu en su comunidad?

- Sí ___ *(Continuar a partir de la pregunta 12)*
- No____ *(Continuar a partir de la pregunta 7)*

7. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT)* sugerida por la comunidad para dar continuidad a la atención integral al Pueblo Wayuu

   A. A. T. W. Territorio de Isho.

8. Preguntar a la autoridad o su delegado si ¿Sabe si la asociación propuesta viene de continuidad o es nueva?

- Continuidad X
- Nueva _____

9. ¿Como autoridad de su comunidad, está de acuerdo que la asociación *(Nombre de la organización, asociación fundación o UT para nueva contratación)*

   A.A.T.W. Territorio de Isho.

   implemente la atención integral para el pueblo Wayuu en su territorio?

- De acuerdo X *(continuar con los datos de la autoridad 12)*
- No estoy de acuerdo_____ *(Pasar a la Pregunta 10)*

10. ¿Cuenta su comunidad con otra asociación, organización, fundación o UT, para operar la atención al pueblo Wayuu en su territorio?

- Si ____ *(Continuar con la pregunta 11)*
- No X (Continuar *con los datos de la autoridad 12)*

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

11. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT) sugerida* por la comunidad para implementar la atención integral al Pueblo Wayuu para contratación nueva

_____

12. Nombre de la autoridad a quién se realiza la verificación Mauricio Uriana
13. Número de Cédula de la Autoridad: 1.695.687
14. Número de celular: 3107343827
15. Firma: x



16. Huella de la autoridad: _____
17. En caso de no contar con la presencia de la autoridad, se presenta delegado y la persona, ¿cuenta con autorización escrita, por parte de la autoridad tradicional o ancestral de la comunidad?

- Si ——
- No x

18. La persona autorizada por la autoridad presenta:

- Acta de posesión de la autoridad (Fotocopia) _____
- Fotocopia de la cédula de la autoridad_____
- Fotocopia de cédula de la persona autorizada _____
- Vídeo de la autoridad tradicional o ancestral que avala o no a la asociación objeto de verificación para la continuidad o nuevo proceso de contratación de la atención integral para el pueblo Wayuu_____

19. Nombre de la persona delegada por la autoridad tradicional o ancestral:

_____

20. Cédula del delegado por autoridad_____
21. Firma de la persona delegada por la autoridad: _____
22. Huella del delegado por parte de la autoridad. _____
23. Nombre y apellido de la persona que realizó la verificación: Diana Marquez.
24. Cédula: _____
25. Celular: _____
26. Firma la persona que realizó la verificación: Diana Marquez
27. Observaciones:

Alerta: Cambio de operador

_____

_____

_____

(Por favor registrar en este aparte alguna novedad o alerta que se deberá tener en cuenta, como por ejemplo: La comunidad no recibió una buena atención, por ello no continua con la asociación; la comunidad no cuenta con una asociación por el momento que implemente la atención integral para el pueblo Wayuu; la autoridad no presenta los documentos completos que lo respalden como autoridad de la comunidad; la persona autorizada por la autoridad no cuenta con el video o con carta de autorización y registrar las posibles soluciones que se brindan con fecha si es necesario).

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA
MUNICIPIO DE MANAURE
NIT 892115024-8

EL SECRETARIO DE GOBIERNO Y PARTICIPACION CIUDADANA
MUNICIPIO DE MANAURE – LA GUAJIRA

HACE CONSTAR:

Que el señor(a) **MAURICIO URIANA,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía **N°1.695.687** de Barrancas (La Guajira), se encuentra reconocido(a) como única **AUTORIDAD TRADICIONAL WAYUU DE LA COMUNIDAD DE YUNTAMANA,** según consta en el Libro de Actas de Posesión de Autoridades Tradicionales Wayuu de la Alta y Media Guajira, Folio **N° 168** del Libro **N° 08,** posesionado el día Seis (06) del Mes de Enero de Dos Mil Seis (2006).

EL PRESENTE DOCUMENTO ES PARA TRÁMITES PERSONALES

Para tal efecto se expide la presente solicitud a petición del interesado. Dado en Manaure (La Guajira), el día Diecinueve (19) del mes de **FEBRERO** de Dos Mil Veinticuatro (2024).

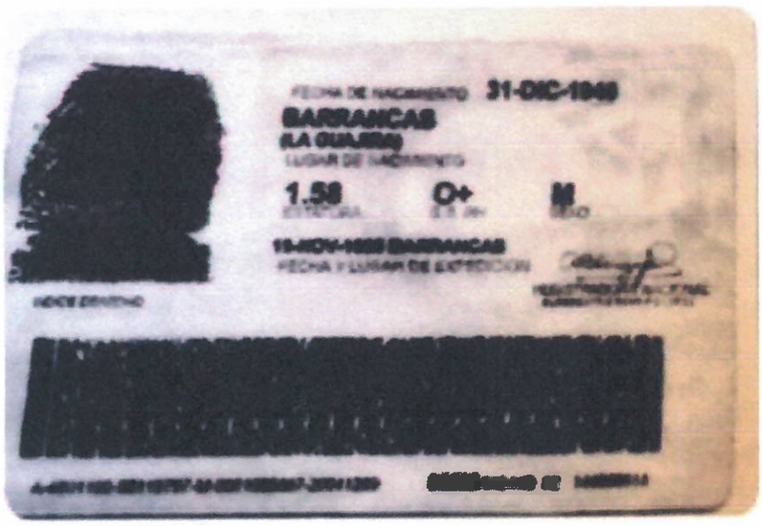
DANIEL JOSE JULIO SALAS
Secretario de Gobierno y Participación Ciudadana

Proyectó y Revisó: LUDELLYZ PADRON AMAYA

Proyectó y Revisó: DANNA GALVAN

Scanned with ACE Scanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.695.687
URIANA
MAURICIO
NO FIRMA


31-DIC-1948
BARRANCAS
LA GUAJIRA
1.58
O+
M
BARRANCAS

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

FORMATO DE VERIFICACIÓN PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL PROPIA PARA EL PUEBLO WAYUU.

1. Información General:

   Año/Mes/Día: 15/02/2025 Nombre de Municipio: Manaure

   Nombre de Centro Zonal: Riohacha 1

2. Se realiza el proceso de verificación a:

- Autoridad tradicional X
- Autoridad ancestral _____
- Asamblea o reunión con presencia de las respectivas autoridades _____

3. Nombre de la Comunidad: Jarajauria
4. Nombre del Corregimiento: Sector Sabana
5. El proceso de verificación corresponde a:

- Continuidad _____ *(Continuar a partir de la pregunta 6)*
- Nueva contratación X *(Continuar a partir de la pregunta 9)*

6. ¿Como autoridad está de acuerdo que la *(Nombre completo de la asociación o de la organización y tipo de UE, si es indígena, UT o fundación*

   A-Sociación Kurinka

   (En caso de ser UT, registrar nombre de la UT y de las asociaciones u organizaciones que la conforman)

   ¿Continúa implementando la atención propia para el pueblo Wayuu en su comunidad?

- Sí ___ *(Continuar a partir de la pregunta 12)*
- No X *(Continuar a partir de la pregunta 7)*

7. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT)* sugerida por la comunidad para dar continuidad a la atención integral al Pueblo Wayuu

   A.A.T.I Wayuu Territorio de Isho.

8. Preguntar a la autoridad o su delegado si ¿Sabe si la asociación propuesta viene de continuidad o es nueva?

- Continuidad X
- Nueva _____

9. ¿Como autoridad de su comunidad, está de acuerdo que la asociación *(Nombre de la organización, asociación, fundación o UT para nueva contratación)*

   _____

   implemente la atención integral para el pueblo Wayuu en su territorio?

- De acuerdo X *(continuar con los datos de la autoridad 12)*
- No estoy de acuerdo_____ *(Pasar a la Pregunta 10)*

10. ¿Cuenta su comunidad con otra asociación, organización, fundación o UT, para operar la atención al pueblo Wayuu en su territorio?

- Si ____ *(Continuar con la pregunta 11)*
- No X (Continuar *con los datos de la autoridad 12)*

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

11. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT) sugerida* por la comunidad para implementar la atención integral al Pueblo Wayuu para contratación nueva

_____

12. Nombre de la autoridad a quién se realiza la verificación Jose Jararuyu Epinayo
13. Número de Cédula de la Autoridad: 17.945.144
14. Número de celular: 316 861 0966
15. Firma: x _____



16. Huella de la autoridad: _____
17. En caso de no contar con la presencia de la autoridad, se presenta delegado y la persona, ¿cuenta con autorización escrita, por parte de la autoridad tradicional o ancestral de la comunidad?

- Si ___
- No X

18. La persona autorizada por la autoridad presenta:

- Acta de posesión de la autoridad (Fotocopia) _____
- Fotocopia de la cédula de la autoridad_____
- Fotocopia de cédula de la persona autorizada _____
- Vídeo de la autoridad tradicional o ancestral que avala o no a la asociación objeto de verificación para la continuidad o nuevo proceso de contratación de la atención integral para el pueblo Wayuu_____

19. Nombre de la persona delegada por la autoridad tradicional o ancestral:

_____

20. Cédula del delegado por autoridad_____
21. Firma de la persona delegada por la autoridad: _____
22. Huella del delegado por parte de la autoridad. _____
23. Nombre y apellido de la persona que realizó la verificación: Diana Marquez
24. Cédula: 40935311
25. Celular: 3113615107
26. Firma la persona que realizó la verificación: Diana Marquez.
27. Observaciones:

Alerta esta autoridad manifesto su deseo de no continuar con el operador Kausnka. y hoy dio su cual. el operador A.A.T.I Wayuu. Territorio de Isha. para su operacion temporal.

(Por favor registrar en este aparte alguna novedad o alerta que se deberá tener en cuenta, como por ejemplo: La comunidad no recibió una buena atención, por ello no continua con la asociación; la comunidad no cuenta con una asociación por el momento que implemente la atención integral para el pueblo Wayuu; la autoridad no presenta los documentos completos que lo respalden como autoridad de la comunidad; la persona autorizada por la autoridad no cuenta con el video o con carta de autorización y registrar las posibles soluciones que se brindan con fecha si es necesario).

NIT: 892115024-8

EL SECRETARIO DE GOBIERNO Y PARTICIPACION CIUDADANA DEL MUNICIPIO DE MANAURE – LA GUAJIRA

HACE CONSTAR:

Que el señor(a) **JOSE JARARIYU EPINAYU,** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía **N° 17.945.144** de Manaure (La Guajira) se encuentra reconocido (a) como única **AUTORIDAD TRADICIONAL WAYUU DE JARAJAURIA,** según consta en el Libro de Actas de Posesión de Autoridades Tradicionales Wayuu de la Alta y Media Guajira, Folio **N° 33** del Libro **N° 07,** posesionado el día Doce (12) del Mes de Septiembre de Dos Mil Dos (2002).

EL PRESENTE DOCUMENTO ES PARA TRAMITES PERSONALES

Para tal efecto se expide la presente solicitud á petición del interesado. Dado en Manaure (La Guajira), el día Quince (15) del mes de **MAYO** de Dos Mil Diecinueve (2019).

P/P: Izbellys Taborda

ELVEN MANUEL MEZA BARROS
Secretario de Gobierno y Participación Ciudadana

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.945.144

JARARIYU EPINAYU

APELLIDOS

JOSE

NOMBRES

FIRMA



Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO 14-AGO-1961

MANAURE

(LA GUAJIRA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

22-NOV-1983 MANAURE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-4800100-00538905-M-0017945144-20140121 0036755724A 1 7842541408

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

FORMATO DE VERIFICACIÓN PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL PROPIA PARA EL PUEBLO WAYUU.

1. Información General:

   Año/Mes/Día: 15/02/2025 Nombre de Municipio: Manaure

   Nombre de Centro Zonal: Riohacha 1

2. Se realiza el proceso de verificación a:

- Autoridad tradicional X
- Autoridad ancestral _____
- Asamblea o reunión con presencia de las respectivas autoridades _____

3. Nombre de la Comunidad: Ishashimana.
4. Nombre del Corregimiento: Manaure
5. El proceso de verificación corresponde a:

- Continuidad _____ *(Continuar a partir de la pregunta 6)*
- Nueva contratación X *(Continuar a partir de la pregunta 9)*

6. ¿Como autoridad está de acuerdo que la *(Nombre completo de la asociación o de la organización y tipo de UE, si es indígena, UT o fundación*

   UT Talachi Tepichi

   (En caso de ser UT, registrar nombre de la UT y de las asociaciones u organizaciones que la conforman)

   ¿Continúa implementando la atención propia para el pueblo Wayuu en su comunidad?

- Sí ___ *(Continuar a partir de la pregunta 12)*
- No X *(Continuar a partir de la pregunta 7)*

7. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT)* sugerida por la comunidad para dar continuidad a la atención integral al Pueblo Wayuu

   Asociación A.T. W Territorio de Isho

8. Preguntar a la autoridad o su delegado si ¿Sabe si la asociación propuesta viene de continuidad o es nueva?

- Continuidad X
- Nueva _____

9. ¿Como autoridad de su comunidad, está de acuerdo que la asociación *(Nombre de la organización, asociación, fundación o UT para nueva contratación)*

   Asoción A.T Wayuu territorio de Isho

   implemente la atención integral para el pueblo Wayuu en su territorio?

- De acuerdo X *(continuar con los datos de la autoridad 12)*
- No estoy de acuerdo_____ *(Pasar a la Pregunta 10)*

10. ¿Cuenta su comunidad con otra asociación, organización, fundación o UT, para operar la atención al pueblo Wayuu en su territorio?

- Si ____ *(Continuar con la pregunta 11)*
- No X (Continuar *con los datos de la autoridad 12)*

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
CECILIA DE LA FUENTE DE LLERAS
Subdirección General

11. Nombre de la UE *(Asociación indígena, fundación o UT) sugerida* por la comunidad para implementar la atención integral al Pueblo Wayuu para contratación nueva

_____

12. Nombre de la autoridad a quién se realiza la verificación Biviana Uriana
13. Número de Cédula de la Autoridad: 40.837.845
14. Número de celular: 311 374 8545
15. Firma: x



16. Huella de la autoridad: _____
17. En caso de no contar con la presencia de la autoridad, se presenta delegado y la persona, ¿cuenta con autorización escrita, por parte de la autoridad tradicional o ancestral de la comunidad?

- Si ___
- No X

18. La persona autorizada por la autoridad presenta:

- Acta de posesión de la autoridad (Fotocopia) _____
- Fotocopia de la cédula de la autoridad_____
- Fotocopia de cédula de la persona autorizada _____
- Vídeo de la autoridad tradicional o ancestral que avala o no a la asociación objeto de verificación para la continuidad o nuevo proceso de contratación de la atención integral para el pueblo Wayuu_____

19. Nombre de la persona delegada por la autoridad tradicional o ancestral:

_____

20. Cédula del delegado por autoridad_____
21. Firma de la persona delegada por la autoridad: _____
22. Huella del delegado por parte de la autoridad. _____
23. Nombre y apellido de la persona que realizó la verificación: Diana Marquez
24. Cédula: 40935311.
25. Celular: 3113618107.
26. Firma la persona que realizó la verificación: Diana Marquez.
27. Observaciones:

Alerta. La autoridad de esta Comunidad manifiesta no Continuar Con la U.T talachi tepichi. en el 2024 en el 2025 Cambia de Operador Con la A.A.T. W. Territorio de Isho.

(Por favor registrar en este aparte alguna novedad o alerta que se deberá tener en cuenta, como por ejemplo: La comunidad no recibió una buena atención, por ello no continua con la asociación; la comunidad no cuenta con una asociación por el momento que implemente la atención integral para el pueblo Wayuu; la autoridad no presenta los documentos completos que lo respalden como autoridad de la comunidad; la persona autorizada por la autoridad no cuenta con el video o con carta de autorización y registrar las posibles soluciones que se brindan con fecha si es necesario).

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA
MUNICIPIO DE MANAURE
NIT 892115024-8

EL SECRETARIO DE GOBIERNO Y PARTICIPACION CIUDADANA
MUNICIPIO DE MANAURE – LA GUAJIRA

HACE CONSTAR:

Que el señor(a) **BIVIANA URIANA,** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía **N° 40.837.845** expedida en Manaure (La Guajira), se encuentra reconocido(a) como única **AUTORIDAD TRADICIONAL WAYUU DE LA COMUNIDAD DE ISHASHIMANA,** según consta en el Libro de Actas de Posesión de Autoridades Tradicionales Wayuu de la Alta y Media Guajira, Folio **N° 61** del Libro **N° 13,** posesionado el día Veintitres (23) del Mes de Enero de Dos Mil Veinticuatro (2024).

EL PRESENTE DOCUMENTO ES PARA TRÁMITES PERSONALES

Para tal efecto se expide la presente solicitud a petición del interesado. Dado en Manaure (La Guajira), el día Veintitres (23) del mes de **ENERO** de Dos Mil Veinticuatro (2024).

DANIEL JOSE JULIO SALAS
Secretario de Gobierno y Participación Ciudadana

Proyectó y Revisó: LIZBELLYZ PABON AMAYA

Proyectó y Revisó: DANNA GALVAN

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 40.837.845



Apellidos
URIANA

Nombres
BIVIANA

Nacionalidad | Estatura | Sexo
COL | 1.50 | F

Fecha de nacimiento | G.S.
31 DIC 1958 | O+

Lugar de nacimiento
MANAURE (LA GUAJIRA)

Fecha y lugar de expedición
15 OCT 1976. MANAURE

Firma

Vencimiento
02 MAR 2033

018085097



I<COL018085097448011<<<<<<<<<<<
5612318F3303023COL40837845<<<9
URIANA<<BIVIANA<<<<<<<<<<<<<<<